Nr. 3. 20. stycznia 1924. Rok III.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Ś. P. WALENTY KAMOCKI.

1858—1923*).

urodził się 30 września 1858 r. w osadzie Suchy Kierz na Mazowszu. Po ukończeniu gimnazjum VI-ego w Warszawie wstąpił na wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który opuścił w 1881 roku ze stopniem lekarza eximia cum laude.

Nieprzeciętne zdolności, niezwykła pracowitość i sumienność wcześnie zwróciły na niego uwagę profesorów. Szczególniej troskliwie zaopiekował się swoim wybitnym uczniem niezrównany przewodnik młodzieży, prof. Hoyer. W jego pracowni i pod jego kierownictwem ś. p. Kamocki już w czasie studjów uniwersyteckiah przez trzy lata pracował nad normalną i patologiczną histologją oraz historją rozwoju oka. W styczniu 1882 r. został asystentem prof. Szokalskiego w Instytucie Oftalmicznym w Warszawie, w którym pracował bez przerwy do końca życia, przechodząc kolejno wszystkie stopnie służby lekarskiej, aż do lekarza naczelnego. W ciągu pierwszych trzech lat pracy w Instytucie Oftalmicznym jednocześnie pełnił obowiązki pomocnika prosektora przy katedrze fizjologji; w r. 1883, korzystając z trzymiesięcznego urlopu, udał się do Wiednia, gdzie pracował pod kierunkiem prof Arlta, v. Reussa, Dimmera i Borysikiewicza. W tym czasie ś. p. Kamocki ogłosił drukiem pierwsze swe prace, w których już wyraźnie zaznaczały się wybitne cechy całej jego naukowej działalności: głębokie ujęcie przedmiotu, logiczne uzasadnienie twierdzeń, często uderzających oryginalnością a mocno opartych na wyniku bezwzględnie ścisłych i sumiennych badań, wreszcie niesłychana prostota, jasność i treściwość wykładu.

W ciągu 6 tygodniowych studjów w Berlinie, (1886 r.) zyskał zasłużone uznanie i przyjaźń ze strony prof Hirschberga. Dwa następne miesiące urlopu poświęca w Paryżu studjom na klinice prof. Weckera, Panasa i Landolta, resztę zaś urlopu — pracy nad anatomją patologiczną oka pod kierunkiem prof. Beckera w Heidelbergu. Jej owocem jest praca »Badania anatomo-patologiczne nad oczami chorych na cukrzycę«, która odczytana na zjeździe międzynarodowym okulistów w Heidelbergu, otworzyła autorowi wstęp do Heidelberskiego Towarzystwa Okulistycznego, bardzo niechętnie przyjmującego cudzoziemców i jednocześnie sprawiła, że nazwisko jego weszło do wszechświatowej literatury naukowej. O wartości tej pracy niech świadczy fakt, że po dziś dzień w podręcznikach histologji patologicznej oka, w dziale zmian w cukrzycy, nazwisko Kamockiego wymieniane jest na pierwszem miejscu, a rysunki jego preparatów zdobią dzieło tej miary co »Handbuch der gesamten Augenheilkunde Graefe-Saemisch«. Ogółem ogłosił Kamocki 26 prac z zakresu okulistyki.

Praca naukowa była zajęciem tylko dodatkowem ś. p. Kamockiego: główną część czasu poświęcał on leczeniu chorych. Zalety jego umysłu, bieg jego studjów sprawiły, że był on lekarzem o głębokiej wiedzy, a przytem bardzo szybko orjentującym się w każdej sytuacji.

W podziw wprowadzała nas, jego uczniów, przedziwna zdolność wynajdywania najprostszych dróg dla osiągnięcia pożądanego celu. Szczególniej uwydatniała się ona, gdy na naradzie z kolegami, również wybitnymi okulistami, omawiał plan trudnej, nietypowej operacji: Jego plan był zawsze najprostszy i najlepszy, co zresztą uznawali zwykle i sami współkonsultanci. Odznaczał się on przytem wielką dobrocią, która rodzi prawdziwe współczucie dla niedoli bliźniego. Niesłychanie bezinteresowny, łagodny i delikatny w stosunkach z chorymi; nietylko słowem lecz przedewszystkiem czynem uczył nas postępować z pacjentami tak, jakbyśmy chcieli, żeby postępowano z nami.

Stąd płynęła jego ostrożność w stosowaniu zabiegów operacyjnych, o ile były niebezpieczne dla jakichbądź względów, ostrożność, którą mu mieli nawet za złe koledzy, zwolennicy bardziej ryzykownego postępowania.

W stosunkach z kolegami, cechowała Kamockiego prawdziwa życzliwość, poszanowanie cudzego zdania, o ile było ono oparte na logicznych podstawach. Dla asystentów swoich był nietylko niezwykle wyrozumiałym zwierzchnikiem i nauczycielem, ale i prawdziwym przyjacielem. Skromny, niczego nie wymagał dla siebie; nie przygniatał nas swoim autorytetem, lecz przeciwnie cieszył się, gdy widział w nas myśl rozwijającą się swobodnie. Wysokie zalety umysłu i serca a przytem zawsze chętna gotowość podjęcia nowych obowiązków, energja i sumienność w ich wykonaniu sprawiły, że koledzy powierzali ś. p. Kamockiemu w ciągu całego jego życia odpowiedzialne stanowiska w swoich zrzeszeniach i instytucjach: przez szereg lat był członkiem komitetu redakcyjnego Gazety lekarskiej; przez ośm lat członkiem komitetu Kasy Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem im. J Mianowskiego (jako biegły w sprawach lekarskich); przez lat trzy wiceprezesem, a drugie trzy — prezesem Towarzystwa Lekarskiego; był jednym z założycieli, długoletnim członkiem zarządu i członkiem sądu koleżeńskiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich; był prezesem Rady Szpitalnej, był wreszcie jednym z założycieli i wice-prezesem francusko-polskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Pięknym dowodem zaufania, jakim darzyli koledzy ś. p. Kamockiego, był wynik głosowania na członków Naczelnej Izby Lekarskiej, które odbyło się na krótko przed jego śmiercią. Pomimo atmosfery walki partyjnej, panującej w sali obrad, ś. p. Kamocki, członek Narodowej Demokracji, otrzymał wszystkie głosy nietylko swoich zwolenników, ale i przeciwników politycznych. Znając jego prawość, wiedzieli oni, że nigdy nie odstąpi od zasady ścisłej bezstronności.

Społeczeństwo nie szczędziło dowodów uznania swemu zasłużonemu synowi: w 1908 r. został On obrany na członka Towarzystwa Naukowego, a w 1922 r. na członka czynnego polskiej Akademji Lekarskiej oraz na członka honorowego Towarzystwa Lekarskiego i Stowarzyszenia Lekarzy polskich. Rząd odrodzonej, niepodległej Ojczyzny uznał go godnym oznaki Polonia Restituta, a rząd zaprzyjaźnionej Francji przysłał mu krzyż Legji Honorowej. Były to odznaki zasłużone, stanowiły nagrodę za nieustanną pracę, jaką ś. p. Kamocki w ciągu całego życia poświęcał dla nauki polskiej i dla dobra Ojczyzny, której był synem jednym z najlepszych.

Cześć Jego pamięci! *Zofja Wojno.*

*) Spóźnione z powodów od Redakcji niezależnych.

Prace oryginalne

Prof, Dr. Roman RENCKI. Lwów.

O ziarnicy złośliwej (lymphogranuloma Sternberg-Paltauf, granuloma malignum — Benda)*)

(Z kliniki lekarskiej Uniw. J. K. we Lwowie).

Ziarnica złośliwa, znana pierwotnie, a obecnie jeszcze niejednokrotnie opisywana pod nazwą choroby Hodgkin'a, jest już dzisiaj dobrze i ściśle określoną kliniczną jednostką chorobową, którą badania ostatnich lat wyłączyły z pośród grupy schorzeń, oznaczonych przez Cohnheima wspólnym mianem białaczki wrzekomej (pseudoleukaemia). Badania anatomiczne (Benda, Paltauf) i obfite spostrzeżenia kliniczne stwierdziły ponad wszelką wątpliwość, że lymphogranuloma, atakujący tak często prawie cały system układu limfoidalnego, mimo swego wielkiego podobieństwa zewnętrznego do białaczki gruczołowej, niema z nią ani pod względem anatomicznym, ani genetycznym nic wspólnego. A wśród wszystkich granulacyjnych procesów zapalnych przyrody zakaźnej, które tak często nagabują narządy chłonne, a do których zaliczamy ziarnicę pochodzenia gruźliczego i kiłowego, ziarnica złośliwa jest schorzeniem najczęstszem, choć niejednokrotnie mylnie lub wcale nierozpoznawanem. Obfity materjał kliniczny, wsparty w znaczej części badaniami anatomicznemi i bakterjologicznemi, — daje możność rozpatrzeć i przypomnieć znany nam wszystkim dobrze obraz chorobowy pod względem klinicznym, a który dotąd i pod względem etjologicznym pozostaje nadal niewyjaśnionym. Przypomnieć zaś dlatego, że i w naszej literaturze lekarskiej mamy kilka cennych przyczynków tak klinicznych, jak i anatomicznych, odnoszących się do ziarnicy złośliwej, (Hewelke, Krokiewicz, Puterman, Hertz i Wretowski, Ehrlichówna i in.) a doskonały referat St. Klejna z r. 1912, oparty na obfitym własnym materjale klinicznym i anatomicznym ujął już i przedstawił całą sprawę w należytem świetle.

Ziarnica złośliwa nie należy do schorzeń zbyt rzadkich; owszem widzimy, że w ostatnich czasach nieco częściej spotykamy się z nią w naszej i obcej literaturze tak dalece, że nasuwać się musi pytanie, czy rzeczywiście nie występuje ona może częściej, aniżeli dawniej. Nie ulega wątpliwości, że nauczyliśmy się obecnie łatwiej rozpoznawać ziarnicę złośliwą, a spostrzegając przypadki obrzęku lokalnego, czy ogólnego gruczołów chłonnych, częściej o niej myśleć umiemy i tu leży po części przyczyna mnożenia się ogłaszanych przypadków i prac temu przedmiotowi poświęcanych. I rzeczywiście przeglądając kliniczne historje chorób z lat dawniejszych, znachodzimy w nich przypadki określone mianem białaczki wrzekomej (pseudoleukaemia), które niewątpliwie dzisiaj jako typowe tak pod względem objawów klinicznych, jak i przebiegu choroby do ziarnicy złośliwej musielibyśmy zaliczyć. A jednak rzecz dziwna, że interesując się od dawna limfogranulomatozą, przecież w ostatnich latach częściej się z nią spotykać mogłem, co zresztą podnosi i Weiss w ostatniej swojej pracy. Podczas trwania wojny światowej między rokiem 1915 a 1921 wzrost obrzęku gruczołów chłonnych był uderzającym. Przypadki gruźlicy gruczołowej pojawiały się daleko częściej, niż poprzednio, a podnosili to niejednokrotnie koledzy chirurdzy, jak i interniści pracujący w szpitalach, w których chorzy ci szukali porady lekarskiej. I właśnie wśród tych przypadków gruźlicy gruczołowej niejednotnie wyłowić się dawały bądź czyste przypadki ziarnicy złośliwej, bądź wikłające się z gruźlicą gruczołów. Nie mając dzisiaj zadania zastanawiania się nad etjologją i patogenezą ziarnicy złośliwej, nie mogę nie podnieść, że spostrzeganie tylu licznych przypadków na oddziele szpitalnym i w lwowskiej klinice lekarskiej teraz przez szereg miesięcy oraz rozważania nad całością obrazu klinicznego, przebiegiem i poszczególnemi objawami chorobowymi takie wykazuje podobieństwo do schorzeń, które spostrzegać zwykliśmy w przebiegu gruźlicy różnych narządów ustroju. Dość wskazać tylko na zachowanie się ciepłoty, obfite poty, objawy postępującej niedokrewności i wyniszczenia, zapalenia wysiękowe błon surowiczych, diazoreakcję — że mimo woli nasuwać się musi myśl, czy przecież prątek gruźlicy ludzkiej lub jemu pokrewny albo zmieniony nie odgrywa tu etjologicznej roli, jak to pierwotnie twierdzili Paltauf, Sternberg, dalej Much i Fränkel, a później Steyer i Lichtenstein. Ci ostatni w prątku gruźlicy bydlęcej chcieli widzieć przyczynę ziarnicy złośliwej. W naszych 40 przypadkach rzadko stwierdzaliśmy objawy i to zazwyczaj nieznacznego nasilenia gruźlicy w ustroju, prątków Kocha nie stwierdziliśmy w plwocinie ani razu, a odczyn skórny Pirquet'a z tuberkuliną ludzką wypadł w 74% ujemnie. Z dodatnich w dwóch przypadkach stwierdziliśmy jednak wybitny odczyn skórny na tuberkulinę bydlęcą.

Uwzględniając dotychczasowe wyniki badań doświadczalnych i bakterjologicznych stwierdzić musimy, że nie udało się dotąd nikomu — coprawda wywołać drogą szczepienia typowej ziarnicy złośliwej u zwierzęcia. Wyniki badań bakterjologicznych często nie są zgodne, albo ujemne. Czy twory opisane ostatnio przez autorów włoskich (Brusa-Piero) a uważane za pierwotniaki, które spotykali w śledzionie i gruczołach, będą miały znaczenie etjologiczne, przyszłość okaże. W każdym razie nie stwierdzono ich we wszystkich przypadkach.

A jednak powikłania opisywane niejednokrotnie w przebiegu ziarnicy złośliwej z gruźlicą prosówkową lub obecność zmian gruźliczych w narządach i wykazywanie prątka gruźliczego lub ziaren Mucha — choć nie stale spostrzegane, cały przedewszystkiem obraz kliniczny muszą budzić refleksje, że przecież prątek gruźlicy ludzkiej, czy bydlęcej, czy może nieznana nam jego odmiana może odgrywać tu przyczynową rolę. Mimo zatem uznawania całego materjału dowodowego, wytaczanego przeciw gruźliczej etjologji ziarnicy złośliwej, podnoszonego dzisiaj przez znaczną przewagę nietylko anatomów, ale i klinicystów, którzy twierdzą, że schorzenie to nie ma nic wspólnego z gruźlicą — to ja na podstawie tylko własnej obserwacji klinicznej, uznając odrębność obrazu chorobowego, śmiem jednak twierdzić, że nie można jak dotąd jeszcze z całą stanowczością zaprzeczyć pewnej łączności ziarnicy złośliwej z prątkiem gruźliczym lub jego odmianami i że dalsze w tym kierunku badania kliniczno-anatomiczne powinne być nadal podjęte.

Choroba atakuje narząd limfoidalny, w którym wywołuje zmiany granulacyjno-zapalne, bądź w poszczególnych grupach gruczołów, bądź kolejno się uogólniając, prawie cały system limfoidalny i narządy genetycznie i funkcjonalnie z nim związane. Mimo tego uogólniania się sprawy chorobowej i tak łudzącego podobieństwa do schorzenia systemowego, jakiem jest białaczka gruczołowa, — zasadniczo od niej się różni i do wspólnej grupy białaczek zaliczoną być nie może.

Ziarnica złośliwa występuje najczęściej u ludzi poprzednio zdrowych i silnych, w wieku średnim, rzadziej u dzieci i osób starych. Znane są spostrzeżenia dotyczące nawet oseśków. W naszych przypadkach najmłodszy liczy lat 12, najstarszy 66. Największa liczba zachorzeń przypadała między 30-tym a 45-tym rokiem życia; wśród chorych było 55% mężczyzn, 45% kobiet. Obciążenie dziedziczne nie odgrywa żadnej wybitniejszej roli i pomimo pojedyńczych spostrzeżeń występowania ziarnicy złośliwej w najbliższej rodzinie chorego, nie mamy dowodu przenoszenia się bezpośredniego choroby, ani nic nie wiemy o sposobie zakażania się ustroju.

Choroba rozpoczyna się zwykle niespostrzeżenie, najczęściej obrzękiem miejscowym gruczołów chłonnych. Jest to pierwszy okres sprawy chorobowej; drugi cechuje się gorączką, objawami postępującej niedokrewności i ogólnego wyniszczenia ustroju, a jest wynikiem uogólniania się choroby na coraz to dalsze obszary utkania limfoidalnego. Rzadziej spotykaliśmy początek nagły, wśród wysokiej gorączki, bólów w klatce piersiowej, którym towarzyszyły kaszel, duszność, czasem krwioplucie. Objawy te były następstwem pierwotnego usadowienia się sprawy chorobowej w śródpiersiu. W tych przypadkach obrzęk obwodowy gruczołów chłonnych zjawiał się dopiero w kilka tygodni, a czasem i mie-

*) Rzecz wygłoszona na Zjeździe Internistów Polskich w Wilnie dnia 10 lipca 1923 r.

sięcy później. W jednym z naszych przypadków po silniejszem przeziębieniu się wystąpiły wśród gorączki najpierw gwałtowne bóle w górnej części mostka i żeber po stronie lewej, w drugim ból w podżebrzu lewem, pochodzący od powiększonej śledziony, który wyprzedził obrzęk gruczołów chłonnych.

Tak więc w pierwszym okresie chorobowym spotykamy zwykłe obrzęk pewnej tylko grupy gruczołów chłonnych, który zwolna przenosi się na inne, a rzadko zajmuje wszystkie. Rozszerzanie się sprawy chorobowej na dalsze grupy gruczołów postępuje zwykle w kierunku prądu limfy, nieraz jednak przeskakuje całe grupy gruczołów sąsiednich, a zajmuje dalsze, innym razem rozszerza się w kierunku przeciwnym. Pozornie nieraz wśród pogarszania się ogólnego stanu chorego nie stwierdzamy dalszego uogólniania się choroby na zewnętrzne gruczoły. W tych przypadkach zajmowane bywają w dalszym ciągu głębokie gruczoły karkowe, okołokręgosłupowe i zaotrzewnowe. Najczęściej ulegają najpierw schorzeniu gruczoły po jednej stronie szyji, w naszych przypadkach 63%, choć nierzadko rozpoczynać się może choroba od gruczołów nadobojczykowych, innym razem podpachowych lub pachwinowych (5%). Obrzęk gruczołów śródpiersia, występujący pod postacią guza śródpiersia — w 16% naszych przypadków — wyróżnia się poniekąd odmiennym obrazem chorobowym, podobnie, jak i pierwotny obrzęk gruczołów zaotrzewnowych, który również w 16% przypadków stwierdzić mogliśmy. Rzadko opisywane pierwsze objawy chorowe w tkance limfoidalnej gruczołów ślinowych i łzowych, przypominające zespół objawów choroby Mikulicza, a która jak wiemy ma niejednolite podłoże anatomiczne.

Gruczoły zajęte ziarnicą złośliwą są zrazu dość miękkie, elastyczne, gładkie, łatwo obok siebie przesuwalne, nie okazują zasadniczo tendencji do zrastania się z podstawą, ani ze skórą, choć w dalszym przebiegu zrastać się mogą ze sobą, tworząc nieraz olbrzymie pakiety. Zwykle są one niebolesne, skóra nad nimi niezmieniona, rzadko obrzękła lub sinawo ubarwiona. Gruczoły zasadniczo nie ulegają zropieniu, ani nie przebijają na zewnątrz, chyba uległszy przypadkowemu zakażeniu ropnemu. Stwierdzić mogliśmy niekiedy znikanie pierwotnie obrzękłych gruczołów, a powstawanie nowych; zwykle mają one tendencję do powiększania się, choć w dalszym przebiegu mogą ulegać pomniejszeniu, a wtedy stają się zbitsze i twardsze; szczegół nieraz djagnostycznie ważny. Równocześnie z postępującym wzrostem chorobowo zmienionych gruczołów i zależnie od lokalizacji, występywać mogą rozmaite podmiotowe objawy chorobowe, jak nerwobóle, parestezje, a nawet porażenia. Są one następstwem ucisku, podobnie, jak i obrzęki zastoinowe skóry na szyji, klatce piersiowej lub kończynach. Groźne zwłaszcza są objawy uciskowe ziarnicy śródpiersia, która wywołuje objawy duszności, uporczywy nieraz kaszel, czasem krwioplucie, trudność połykania, przesięki opłucnowe oraz objawy porażenia nerwu współczulnego i błędnego. Zajęcie sprawą chorobową opłucnej prowadzi do zapalenia z wysiękiem surowiczym, krwawym, rzadziej mleczowym. W wysiękach surowiczych, stwierdzanych później anatomicznie, wykazywaliśmy wysokie ilości białka oraz przeważnie limfocytozę. Zaburzenia oddechowe mogą być nietylko następstwem ucisku, ale także wynikiem usadowienia się ognisk ziarnicowych w krtani, tchawicy lub oskrzelach, powodujących obrzęk i zwężenie, które zagrażały życiu chorego w przypadkach Klejna, Vogta i in.

Z objawów ogólnych jednym z najważniejszych i cechujących chorobę jest zachowanie się ciepłoty. Już w bardzo wczesnym okresie pojawiania się obrzęku gruczołów występować mogą stany podgorączkowe. W okresie zaś drugim, uogólniania się sprawy chorobowej, gorączka należy do stałego obrazu chorobowego. Nie przedstawia ona jednolitego typu, zwykle zwalniająca lub przerywana, rzadziej ciągła — utrzymuje się zwykle w średnich granicach, wahając między 37·5 38·5° C. Nierzadko występują kilkudniowe, nawet tygodniowe i dłuższe przerwy gorączki, po których ponawiają się nawroty. Ten typ gorączki powrotnej, na który Ebstein zwrócił uwagę, w przypadkach przewlekle przebiegających, ciągnąć się może tygodniami i miesiącami i ma pewne znaczenie rozpoznawcze. Ze spadkiem ciepłoty zwykle poprawia się stan chorych, maleją gruczoły chłonne, zmniejsza się nieraz obrzęk śledziony. W okresach końcowych podnosi się czasem ciepłota ponad 39—40° C., towarzyszą jej dreszczyki, bóle kończyn, krzyżów, niepokój, bezsenność, innym razem zajęcie senzorjum i śpiączka; czasem widywaliśmy końcowy spadek wysokiej ciepłoty do stanu podgorączkowego.

Przechodząc do poszczególnych narządów, wspomnieć musimy o zmianach, jakie niejednokrotnie spostrzegaliśmy; należą tu uporczywe swędzenia skóry, wysypki przypominające odrę, wypryski, pokrzywka. Objawy te, występujące nieraz wcześnie, są powodem, że chorzy szukają pierwszej pomocy u dermatologów. Zwykle swędzenie skóry zjawia się w późniejszym okresie choroby, a wogóle w naszych przypadkach nie było zbyt częste, występowało okresowo, a znikało w czasie poprawy ogólnego stanu. Jeszcze rzadziej przychodzi do umiejscowienia się ziarnicy w skórze i błonach śluzowych pod postacią drobnych lub większych guzków, które mogą — w przeciwieństwie do nacieków białaczkowych — ulegać rozpadowi i owrzodzeniu. Znane są rozlane obrzęki na twarzy i szyji, zaniki skóry, wypadanie włosów, rozlane lub plamiste, brunatne zabarwienie skóry; przy guzach śródpiersia, połączonych ze stałą dusznością, widywaliśmy pałeczkowate zgrubienia palców. W naszym jednym przypadku u osobnika 15-letniego, wśród obserwacji klinicznej rozwijało się, przy znacznem wyniszczeniu, rozległe, ciemno-brunatne zabarwienie skóry, bez zajęcia jednak błon śluzowych, a które łudząco przypominało zabarwienie spotykane w chorobie Addisona. Nigdy nie stwierdziliśmy objawów skazy krwotocznej. Nie rzadko i dość wcześnie skarżą się chorzy na skłonności do pocenia, a w okresie późniejszym obfite poty nawet przy niezbyt wysokiej ciepłocie spotykaliśmy niejednokrotnie; — i one zmniejszały się lub ustępowały przy jej spadku.

Wspomnieliśmy już powyżej o objawach ze strony narządu oddechowego, a które są następstwem ucisku powiększonych gruczołów śródpiersia lub wnęki płuc, albo usadowionych ognisk granulacyjnych w płucach.

Zwykle spotykaliśmy przyśpieszenie tętna nawet w okresach bezgorączkowych do 100 i wyżej; tętno miękkie, dwubitne, parcie krwi niskie, R. R. około 100. W jednym przypadku stwierdziliśmy objawy wysiękowego zapalenia osierdzia.

Narząd pokarmowy nieraz dość wcześnie okazuje zaburzenia; brak łaknienia, bóle w okolicy żołądka, zwłaszcza w okresie gorączek nie należą do rzadkich objawów. Przy badaniu czynności wydzielniczej żołądka stwierdziliśmy kilka razy niedomogę wydzielniczą lub zupełny brak HCl. Biegunki uporczywe nieraz są wczesnym objawem, a w okresie późniejszym w postaci ziarnicy brzusznej są częstem zjawiskiem i nie łatwo opanowywać się dają. Wymioty krwawe i stolce krwawe, wywołane przejściem ziarnicy na krezkę z następowem zakrzepem w tętnicy krezkowej i zapaleniem otrzewnej, opisuje Dürck w przypadku, który, przebiegając skrycie, usunął się za życia od właściwego rozpoznania. Podobny przypadek z zajęciem sprawą chorobową jelita grubego i krezki, z owrzodzeniami przebijającemi do otrzewnej, opisali w r. z Mc. Alpin i Glahn z Nowego Yorku. I zaburzenia otrzewnowe objawy niedrożności jelit, wysięki otrzewnowe i przesięki w następstwie ucisku żyły bramnej lub nacieku ziarniczego otrzewnej zaciemniać nieraz mogą obraz chorobowy.

Do stałych prawie objawów należy obrzęk śledziony; stwierdziliśmy go zgodnie z innymi autorami, w 67% przypadków. Obrzęk bywa zwykle średniego stopnia, czasem jednak sięga śledziona 2—3 palce poniżej łuku żebrowego, zwykle niebolesna, lub tylko nieco tkliwa, miernie twarda; w niektórych przypadkach pod obrazem splenomegalji dochodzić może znacznych rozmiarów i sięgać do talerza biodrowego i do linji środkowej ciała. Zwykle dość gładka, czasem nierówna, guzowata.

Poważniejsze schorzenia nerek należą na podstawie naszych spostrzeżeń do objawów rzadszych; nawet w stanach wysokiej ciepłoty białkomocz nie często występuje. Znane są atoli przypadki zwyrodnienia skrobiowatego nerek, a Weiss

opisuje przypadek ziarnicy z ogólnym znacznym obrzękiem i dużym białkomoczem, w którym tkanka granulacyjna zniszczyła prawie cały miąższ nerkowy. Odczyn dwuazowy w moczu często wykazać się daje. Spotykaliśmy go w 62% przypadkach, zwłaszcza w okresach późniejszych i stanach gorączkowych bywał bardzo wybitny, znikał zaś w okresie spadku ciepłoty i ogólnej poprawy, aby ponownie przy pogorszeniu powrócić. W jednym przypadku stwierdziliśmy w przededniu zejścia śmiertelnego polyurię do 5200 cm³.

Z objawów nerwowych, o których już częściowo wspomnieliśmy, podnieść jeszcze należy objawy chorobowe ze strony mózgu i rdzenia, które bywają wynikiem wrośnięcia ziarnicy do jamy czaszkowej i kanału kręgowego. W jednym z naszych przypadków stwierdziliśmy szczękościsk, sztywność karku, porażenie mięśni ocznych oraz upośledzenie słuchu, w drugim obustronne porażenie kończyn dolnych.

Z chwilą rozszerzenia i uogólnienia się ziarnicy ulega zmianie ogólny stan chorych. Wskutek braku łaknienia, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, długotrwałych gorączek, podupada znacznie stan odżywienia chorych, a w końcowych okresach, zwłaszcza w przypadkach przewlekle przebiegających, obraz wyniszczenia dochodzić może do krańcowych granic. Równolegle z temi objawami postępują objawy niedokrewności.

Niedokrewność tu ma zazwyczaj cechy niedokrwistości wtórorzędnej o niskim wskaźniku hemoglobiny. Ilość ciałek czerwonych maleje, dochodząc, jak w naszych przypadkach, nieraz do 2·5—1·7 miljonów; nie brak jednak spostrzeżeń, w których liczby leżały ok. 1 milj. i niżej (Puławski, Hirschfeld i inni).

Stwierdzano poikilocytozę, polichromatofilję, czasem normoblasty, które to ostanie znikać mogą w okresie poprawy chorobowej, jak to widzieliśmy w 3 naszych przypadkach. Podnieść tu musimy rzadziej spotykany objaw, a mianowicie poliglobulję, którą stwierdzaliśmy w przebiegu nawet ciężkich przypadków (12%), z ilością ciałek czerwonych 5,8—6 milj. Ilość hemoglobiny zwykle znacznie zmniejszona, ale i tu w 10% przypadków znajdowaliśmy wskaźnik ok. 1—1,2.

Jeszcze większą uwagę zwracały dotychczasowe badania na zachowanie się ciałek białych, które, wobec toczącej się sprawy zapalnej w podścieliskowej tkance gruczołów, wykazują zazwyczaj wybitne, choć nie zawsze jednakowe zmiany. Najczęściej spotykamy się z leukocytozą, która nieraz stale przez cały czas choroby utrzymać się może. Liczba ciałek białych waha się zazwyczaj w średnich granicach między 10—16.000 dochodzić nieraz jednak może do cyfr znacznie wyższych (Klejn, Puławski, Schur, Nägeli i in.). W naszym jednym przypadku ilość ciałek białych wynosiła 24, w drugim 43 tys. Spostrzegaliśmy jednak i normalne ilości ciałek, a nawet, choć rzadziej, leukopenję. Tę ostatnią tak we wczesnym okresie sprawy chorobowej, jak i końcowym. Małe ilości ciałek białych spotykaliśmy w przypadkach znacznie wyniszczonych, a zwłaszcza, zgodnie z zapodaniem autorów, w ziarnicy gruczołów zaotrzewnych. Ale nawet i w jednym i tym samym przypadku podczas dłuższej obserwacji klinicznej zmieniać się może wysokość leukocytozy. Zwykle jest ona wybitniejszą w cięższych gorączkujących przypadkach, podczas uogólniania się sprawy zapalnej, choć czasem pod koniec choroby stwierdzaliśmy spadek leukocytozy do normy, a nawet końcową leukopenję. Leukocytoza zwykle neutrofilna, a ilość obojętnochłonnych komórek dochodzi do 80—85% czasem nawet do 90%. Zasadniczo zmniejszoną jest ilość bezwzględna limfocytów, jako widomy obraz zniszczenia tkanki limfoidalnej, przez zapalny proces granulacyjny. Nie brak nigdy ciałek eozynochłonnych, a nawet często ilość ich bezwzględna bywa powiększoną. W naszych przypadkach 33% znajdywaliśmy ich 4—7%, a w jednym 11%, przy braku jakichkolwiek zmian na skórze i objawów obecności pasorzytów w przewodzie pokarmowym. Częściej spotykaliśmy ilości c. eozynochłonnych w granicach prawidłowych, a bardzo rzadko brak ich było zupełnie. Eozynofilja ulegać może wśród przebiegu choroby znacznym wahaniom; maleje przy spadku leukocytozy lub w okresie wysokich gorączek i znacznego wyniszczenia. Komórki tuczne stwierdzaliśmy w normalnych ilościach, czasem zaś nieco większych do 1·2%. Komórki jednojądrzaste i przejściowe dosięgają dość często wyższych cyfr, dochodząc do 6—8% a nawet 12%. Rzadko stwierdzano obecność myelocytów np., w jednym naszym przypadku ze zmianami i przebiciem kości znajdywaliśmy ich 0·3—1%.

Płytki Bizzozera w granicach prawidłowych, czasem większych.

W przypadkach daleko posuniętego wyniszczenia, zwłaszcza przy ziarnicy gruczołów zaotrzewnowych, stwierdzano czasem obok leukopenji zmniejszenie znaczne wszystkich postaci ciałek białych, zwłaszcza obojętnochłonnych, a nawet brak zupełny komórek szpikowych przy utrzymaniu małej limfocytozy.

Jak z przedstawienia powyższego wynika, nader różnym może bywać obraz krwi w przypadkach ziarnicy złośliwej, a nawet w jednym i tym samym przypadku wśród przebiegu sprawy chorobowej obraz ten ulegać może znacznym wahaniom. Nie mamy zatem stałego typu obrazu krwi, któryby nadawał chorobie charakterystyczne piętno wyróżniające ją od podobnych obrazów klinicznych. I tu leży także zasadnicza różnica między systemowem schorzeniem utkania limfoidalnego, jakie spotykamy w białaczce limfatycznej lub aleukemicznej limfadenozie. Jeszcze stała leukocytoza neutrofilna przy większej eozynofilji, większa ilość komórek jednojądrzastych mogłyby wchodzić w rachubę przy rozważaniach rozpoznawczych.

Przebieg choroby bywa niejednolity, a czas jej trwania rozmaicie długi, którego zwykle ściśle oznaczyć nie podobna, wobec niespostrzeżenie występujących obrzęków gruczołowych, na które chorzy nie zawsze dość wcześnie zwracają uwagę. W naszych przypadkach podawali chorzy początek choroby na kilka miesięcy wstecz, rzadziej 1 do 2 lat i dłużej. W jednym obrzęk gruczołów szyjnych wystąpił 3 lata przed zgłoszeniem się do kliniki i był powodem dwukrotnego zabiegu operacyjnego, wobec szybkiego nawrotu choroby. Choroba przebiega złośliwie, zajmując stale coraz to nowe odcinki narządu limfoidalnego, rozciągać się może na szereg lat, a wśród przebiegu występować mogą okresy zwolnienia sprawy chorobowej i złagodnienia objawów klinicznych.

Jakkolwiek ziarnica złośliwa rzadko ogranicza się do jednej grupy gruczołów chłonnych, a zawsze kolejno zajmuje w mniejszym lub większym stopniu dalsze gruczoły, to przecież przewaga umiejscowienia się sprawy chorobowej w pewnych grupach układu limfoidalnego, pozwala wyróżnić poszczególne jej postacie kliniczne, a które poniekąd czasem trwania i przebiegiem oraz objawami klinicznymi odmienny przedstawiają obraz.

Najczęstszą postacią jest ziarnica zlokalizowana do gruczołów *szyjnych* i to w pierwszych początkach zwykle po jednej stronie. Gruczoły powiększone tworzą tu nieraz olbrzymie pakiety, obok których stwierdzić można kolejno mniejsze obrzęki innych gruczołów powierzchowych, i tak: pachowych, pachwinowych, a później i gruczołów wewnętrznych. Postać ta zwykle przewlekła przebiegająca z hyperleukocytozą i eozynofilją powoduje objawy uciskowe naczyń i pni nerwowych; objawy wyniszczenia zwolna się rozwijają, a obrazy niedokrewności nie są zbyt duże, a wzniesienia ciepłoty średnie.

Odrębne stanowisko zajmuje ziarnica złośliwa umiejscowiona w klatce piersiowej pod postacią guza *śródpiersia*. Duże oddzielne guzy śródpiersia należą najczęściej do tej sprawy chorobowej, a wychodzą nieraz z grasicy. Objawy kliniczne. zależne od jakości ucisku guza na narząd oddechowy, kr żenia lub pnie nerwowe. Ziarnica ta rozszerza się później i na sąsiednie grupy gruczołowe na szyji, nad obojczykami, pod pachami, przenosi się na płuca i opłucną, dając powód w późniejszym okresie do powstawania uporczywych wysięków opłucnowych. Duszność, sinica, kaszel, czasem krwioplucia charakteryzują te przypadki. W krwi objawy niedokrewności nie są zazwyczaj znaczne. Częstą jest natomiast hyperleukocytoza neutrofilna i eozynofilja; czasem w tych przypadkach stwierdzaliśmy mierną policytemję. Gorączka o nietypowem przebiegu, a często brak jej przez czas

dłuższy. Objawy ogólnego wyniszczenia nie występują zbyt wybitnie, a postać ta przeciągać się nieraz może przez lat kilka. Ziarnica tu umiejscowiona przebijać może do osierdzia i mięśnia sercowego (Nägeli).

Rzadszą jest postać pachwinowa, której zwykle pierwszy początek odnieść należy do zmian pierwotnych w jamie brzusznej. Częstszą natomiast jest forma ziarnicy gruczołów zaotrzewnowych, która przebiegać może pod obrazem duru brzusznego, — postać durowa. W tych przypadkach zajętą bywa sprawą chorobową wątroba i śledziona, występują uporczywe stany gorączkowe o typie nieregularnym lub gorączki powrotnej, tętno szybkie, dwubitne, obrzęk znaczny śledziony, biegunki, a w moczu wyraźny odczyn dwuazowy. Wyniszczenie postępuje szybko, objawy niedokrewności są znaczne, we krwi czasem leukopenja ze zmniejszeniem lub zniknięciem ciałek cozynochłonnych (Mc. Alpin, Glahn).

Rzadko zajmuje ziarnica złośliwa najpierw śledzionę, powodując nieraz bardzo znaczny jej obrzęk; śledziona wówczas twarda, nieraz guzowata, przedstawia obraz splenomegalii. Ale i w tych przypadkach, mimo braku powiększenia obwodowych gruczołów chłonnych, wykazano prawie zawsze przy oględzinach pośmiertnych liczne powiększone gruczoły w jamie brzusznej. Wreszcie wspomnieć musimy o tych nietypowych obrazach ziarnicy, które usuwają się od właściwego rozpoznania, dając obraz miejscowego guza oskrzela lub rozsianych drobnych ognisk w płucach, które budzą zwykle podejrzenie raka. (Nägeli).

We wszystkich powyż opisanych postaciach klinicznych ziarnicy złośliwej sprawa chorobowa przewlekać się może przez dłuższy okres czasu. Przeciętny jej czas trwania wynosi 1—2 lat. Śmierć następuje wśród objawów postępującego wyniszczenia lub powikłań ze strony narządu oddechowego i krążenia; w postaci brzusznej czasem wśród objawów ropnego zapalenia otrzewnej, w następstwie przebicia ścian jelita, tak to było w przypadku Mc. Alpina i Glahna, w którym choroba, rozpoznana wcześnie podczas wykonanego zabiegu operacyjnego trwała $6^1/_2$ lat.

Nie brak spostrzeżeń trwających lat kilka wśród okresowego zwalniania nasilenia i objawów chorobowych bądź samoistnego, bądź pod wpływem leczenia. Wyleczenia przypadków ziarnicy złośliwej dotąd nie znamy.

Rzadsze są, lecz w ostatnich czasach częściej opisywane przypadki podostrego lub ostrego przebiegu ziarnicy, w których ostatnie kończyły się śmiertelnie nieraz w ciągu kilku tygodni (Peiser, Moritz, Hirschfeld i in.) Jeden z naszych przypadków, który rozpoczął się ostro i przebiegał wśród objawów wysiękowego zapalenia opłucnej i osierdzia przy wysokiej ciepłocie zakończył się śmiercią w przeciągu $3^1/_2$ mies. Być jednakże może, że i w tych ostrych przypadkach sprawa chorobowa ukryta w głębszych gruczołach trwać mogła już od dłuższego czasu nie dając znaczniejszych objawów chorobowych.

Rozpoznanie ziarnicy złośliwej i w przeważnej części przypadków w postaciach rozwiniętych i połączonych z rozsianym obrzękiem zewnętrznych gruczołów chłonnych nie napotyka zwykle na większe trudności. Przy ogólnem powiększeniu gruczołów chłonnych i znaczniejszym obrzęku śledziony wchodzić mogą w rachubę białaczka limfoidalna lub aleukemiczna limfadenoza, te jednak z całą łatwością badanie krwi wyróżnić potrafi. Jedynie tylko podobne sprawy granulacyjne gruźlicze (Baumgarten) lub kiłowego pochodzenia przedstawiać mogą pewne trudności rozpoznawcze. Za pierwszą przemawia obecność gruźlicy w innych narządach, odczyn dodatni Pirqueta — choć i ten często brakować może — mniej stały obrzęk śledziony — częściej normalne ilości ciałek białych lub leukopenja przy zmniejszeniu liczby komórek limfoidalnych, wreszcie mniejsze objawy niedokrewności. Za ziarnicą pochodzenia kiłowego, odczyn Wassermanna dodatni, a zwłaszcza wynik leczenia swoistego ma znaczenie rozstrzygające. W przypadkach lymphosarcoma Kundrata rozpoznawczo ważnem jest brak powiększenia śledziony leukopenja przy znacznie zmniejszonej ilości limfocytów.

A jednak nieraz rozpoznanie napotyka na nieprzezwyciężone trudności, zwłaszcza w przypadkach, które skrycie przebiegają wśród odmiennego obrazu chorobowego i bez zajęcia obwodowych gruczołów chłonnych. Tu uwzględnienie wszystkich powyż podanych objawów chorobowych, zwłaszcza objawów skórnych, jak przemijające swędzenie skóry lub wypryski i wysypki, sposób kolejnego zajmowania coraz to dalszych grup gruczołów chłonnych, zmienność ich zbitości, obrzęk śledziony, gorączki powrotne, odczyn dwuazowy w moczu, większa leukocytoza neutrofilna i eozynofilja, postępujące wyniszczenie ogólne i objawy niedokrewności przy braku skazy krwotocznej, a przedewszystkiem pamięć o ziarnicy złośliwej przy wszystkich niejasnych objawach chorobowych ze strony narządu oddechowego i jamy brzusznej — ułatwi nieraz właściwe rozpoznanie. W wątpliwych wreszcie przypadkach próbne wycięcie gruczołu i badanie histologiczne ustalić może rozpoznanie. Badanie to jednak nieraz, zwłaszcza w początkowych lub późniejszych okresach choroby, w przypadkach leczonych naświetleniami promieniami Roentgena, może nastręczać pewne trudności i wymaga dużego doświadczenia badającego.

Rokowanie w ziarnicy złośliwej — jak dotąd w chorobie nieuleczalnej — jest pomyślne. Występują okresy samoistnego zwalniania się sprawy chorobowej i chwilowej poprawy, po której nieraz nagłe pogorszenie wystąpić może; gorzej zwykle przebiegają przypadki z wysoką ciepłotą, postacie tyfoidalne, ze stałym i wybitnym odczynem dwuazowym w moczu.

Leczenie polega, obok ogólnego leczenia djetetycznego na stosowaniu przetworów arsenowych. Osięgaliśmy poprawę przy podawaniu arsacetyny — poleconej przez Nägeli-ego w postaci pigułek po 0.05 3 do 4 r. dziennie przez przeciąg 3–4 tygodni. Zwykle kombinujemy ją z obawy przed zaburzeniami wzrokowymi naprzemian z podawaniem dużych dawek sol. ars. Fowleri aq. menth. aa. 3 r. dnia po 5—20 kropli przez dalsze 4 tygodnie. Przy zaburzeniach jelitowych stosowaliśmy arsacetynę podskórnie naprzemian z rozczynem 1% natr. arsen. (Späth). Korzystne przemijające wyniki otrzymano również przy stosowaniu neo-salvarsanu.

Dobrze wspomagają leczenie arsenowe naświetlenia promieniami Roentgena kolejno gruczołów i śledziony, które nieraz korzystny wpływ wywierają na przebieg sprawy chorobowej. Naświetlania winne być oględnie stosowane, w dłuższych odstępach czasu i o niewielkiem nasileniu promieni. Oddziaływanie powiększonych gruczołów chłonnych na te naświetlania nie zawsze bywa jednakie. W każdym razie nie można mu odmówić pewnego działania, choć nie jest ono tak wybitne, jak przy obrzękach białaczkowych, a nawet gruźliczych lub w przypadkach mięsaka limfatycznego Kundrata. Autorowie amerykańscy stosują w przebiegu ziarnicy złośliwej, zwłaszcza w okresie postępującej niedokrewności, przetaczanie krwi, po którem widywali znaczniejszą poprawę ogólnego stanu i obrazu krwi. (Mc. Alpin, Glahn).

Dr. Witold LIPIŃSKI. Kraków.

Sporotrichoza błon śluzowych, powodowana przez nowy gatunek sporotrichum. (Sporotrichum cracoviense N. SP).

Z Instytutu Weterynarji i Medycyny Doświadczalnej U. J. w Krakowie. Dyrektor: Prof. Dr. Juljan Nowak).

Doniesienie tymczasowe*).

Sporotrichoza, jako jednostka chorobowa sui generis, istnieje zaledwie od lat kilkunastu, a ustalona została głównie dzięki badaniom autorów francuskich. Z powodu łudzącego podobieństwa klinicznego, z jednej strony do kiły, z drugiej do gruźlicy, rozpoznawaną była aż do tego czasu mylnie już to jako kiła, już to jako gruźlica, niejednokrotnie z wielkim uszczerbkiem dla zdrowia chorych. Bezpośredniem następstwem prac de Beurmanna i Gougerota było wykrycie w cia-

*) Doniesienie to jest krótkiem streszczeniem pracy, która ukaże się na łamach »Medycyny Doświadczalnej i Społecznej«.

gu 3-ch lat z górą dwustu przypadków sporotrichozy, choroby niespotykanej dotychczas we Francji.

Przypadek sporotrichozy błon śluzowych, pierwszy w Polsce, a 4-ty w piśmiennictwie wszechświatowem, miałem sposobność spostrzegać w lipcu 1923 r. Dotyczył on 10 letn. dziewczynki, zresztą dobrze rozwiniętej i zdrowej, przysłanej do Zakładu Prof. Nowaka przez doc. dr. Bujaka. Zmiany chorobowe, usadowione na języku, podniebieniu i migdałkach przedstawiały się jako drobne guzki, barwy szarawo-białej, wielkości główki szpilki, konsystencji twardej. Guzki te dawały się trudno zdrapywać drucikiem platynowym, przyczem chora nie uskarżała się na bóle. Poza wspomnianemi guzkami spostrzegałem równocześnie, zwłaszcza na migdałkach i podniebieniu twardem, owrzodzenia płaskie, płytkie, kształtu owalnego, o brzegach nieregularnych, powstałe najprawdopodobniej wskutek rozmiękania pierwotnych guzków. Gruczoły chłonne, podszczękowe i na szyji, nie były powiększone, ciepłota była prawidłowa. Dziewczynka, która powróciła niedawno z matką z niewoli bolszewickiej, czuła się dobrze, a matka zgłosiła się z nią do lekarza tylko dlatego, ponieważ zaniepokoiły ją zmiany na języku, które wystąpiły przed kilkoma tygodniami i nie chciały ustąpić. Rozpoznanie napotykało na znaczne trudności. Stanąłem wobec zmian chorobowych, których dotychczas nie spotykałem. Ponieważ obraz kliniczny owrzodzeń na podniebieniu twardem i migdałkach nie odpowiadał zmianom typowym, spotykanym przy znanych procesach chorobowych jamy ustnej, należało wykluczyć przedewszystkiem ewentualne atypowe postacie przy pomocy badań mikroskopowych i bakterjologicznych. Wchodziły w tym przypadku w grę w pierwszym rzędzie kiła, gruźlica i błonica. Już na podstawie obrazu klinicznego można było z łatwością wykluczyć kiłę. Badanie mikroskopowe usunęło podejrzenie gruźlicy, badanie bakterjologiczne wykluczyło błonicę. Nie spotkałem również w preparatach mikroskopowych obrazu charakterystycznego dla anginy Plauta. Guzki rozsiane na błonie śluzowej języka mogły do pewnego stopnia budzić podejrzenie wczesnej, atypowej promienicy, lecz i tę postać chorobową mogłem z łatwością wykluczyć przy pomocy mikroskopu. Po odpadnięciu podejrzenia pleśniawek, obraz kliniczny zacieśniał się coraz bardziej, a porównanie zmian chorobowych z opisanemi zmianami sporotrichotycznemi na błonach śluzowych, wykazywało łudzące podobieństwo do sporotrichozy. Rozstrzygającem było badanie bakterjologiczne. Treść guzków, zdrapana drucikiem platynowym i wysiana na pożywki, dała hodowlę sporotrichum.

Sporotrichum, wyhodowane przezemnie, wykazało przy bliższem zbadaniu właściwości morfologicznych i biologicznych, szereg odrębnych cech, które pozwoliły mi szczep uzyskany oznaczyć jako nowy gatunek i nazwać sporotrichum cracoviense, a to z następujących powodów:

1) Podczas, gdy opisane dotychczas sporotricha rozwijały się dopiero po czterech lub pięciu dniach, a nawet i później, na pożywkach prawie wyłącznie cukrowych, sporotrichum cracoviense rośnie na wszystkich bez wyjątku pożywkach, już po 24-ch godzinach w ciepłocie pokojowej.

2) W przeciwieństwie do znanych sporotrichów, które są bezwzględnemi tlenowcami, sporotrichum cracoviense rośnie równie bujnie w warunkach tlenowych, jak i beztlenowych.

3) Kolonje, kształtu owalnego, po godzinnym wzroście w ciepłocie pokojowej, przybierają w centrum barwę srebrzysto-białą, matową, przyczem otaczają się delikatną areolą. W żadnym wypadku nie wytwarzają barwika, nawet po kilku miesiącach, co stanowi zasadniczą różnicę w porównaniu z gatunkami, opisanemi dotychczas.

4) Sporotrichum, opisane przezemnie, rozpuszcza żelatynę, tak zwykłą, jak cukrową, z łatwością i intenzywnie.

5) Ścina mleko po 6 tygodniach, wytwarzając grube, śluzowate skrzepy.

6) Rozwój odbywa się przez fragmentację lub zarodnikowanie, przyczem udało mi się wykazać niezaprzeczony wpływ cukru i surowicy w kierunku przewagi grzybni.

7) Sporotrichum cracoviense odznacza się nadzwyczajnym pleomorfizmem. Pod wpływem doboru pożywek i różnic ciepłoty hodowlanej otrzymałem formy odrębne, atypowe. (Drożdżowate, kolonje bez areoli).

8) Sporotrichum cracoviense okazało się chorobotwórczem dla szczurów białych, wywołując na piętnasty dzień po zakażeniu dootrzewnowem obustronne bardzo wybitne zapalenie jądra, a w następstwie zakażenie ogólne i śmierć zwierzęcia.

9) W preparatach mikroskopowych skrawków z jądra i narządów wewnętrznych padłego szczura wykazałem znaczną ilość sporotrichum, tak wśródkomórkowo jak pozakomórkowo.

Prym. Dr. Zenon LEŃKO Lwów.
i sł. med. Jerzy KRZYŻANOWSKI.

Przyczynek do zagadnienia o wchłanianiu prawidłowego pęchęrza moczowego.

(Doniesienie tymczasowe).

(Z Zakładu Patologji Ogólnej i Doświadczalnej Uniw. J. K. we Lwowie. Dyrektor Prof. Dr. Marjan Franke).

Ponieważ zapatrywania na sprawę wchłaniania z błony śluzowej normalnego pęcherza moczowego są dotychczas sporne, a wyniki doświadczeń przeprowadzanych na zwierzętach są również niezgodne, ponieważ nadto w przeważnej części podręczników urologicznych znajdujemy twierdzenie, że prawidłowa błona śluzowa pęcherza nie wchłania zupełnie lub też, że zdolność jej do wchłaniania jest bardzo nieznaczna — uczyniliśmy tę sprawę przedmiotem szeregu doświadczeń.

Zagadnienie ma nie tylko teoretyczną wartość, ale i praktyczne znaczenie. Warunki anatomiczne wchłaniania, wynikające z budowy ściany pęcherza, omawiamy w pracy obszerniejszej, która ukaże się w „Medycynie Doświadczalnej i Społecznej". Na uwagę zasługuje wątpliwość uzasadniona badaniami wielu autorów, czy błona śluzowa pęcherza posiada naczynia chłonne podobnie jak błona śluzowa i podśluzowa moczowodów i cewki; tylko pęcherz stanowiłby pod tym względem wyjątek. Natomiast w warstwie mięsnej i na zewnętrznej powierzchni pęcherza wykazali wszyscy badacze obfitą sieć naczyń chłonnych podobnie jak w cewce i moczowodzie.

Doświadczenia przeprowadzaliśmy na psach zupełnie zdrowych o prawidłowym pęcherzu moczowym. Chcąc wykluczyć możność wchłaniania roztworów wprowadzonych do pęcherza przez sąsiadującą cewkę i moczowody, którym jedynie niektórzy autorowie przyznają zdolność wchłaniania, podwiązywaliśmy, z ominięciem naczyń krwionośnych, szyjkę pęcherza i oba moczowody tuż nad pęcherzem. W przecięte moczowody wtykaliśmy cewniki i z przetok moczowodowych zbieraliśmy mocz podczas całego doświadczenia. Do pęcherza wprowadzaliśmy barwiki lub ciała chemiczne, które dają się łatwo wykazać w moczu, a odznaczają się tem, że w roztworach użytych nie drażnią pęcherza ani nie zmieniają chorobowo jego błony śluzowej. Z barwików wybraliśmy fenolsulfonftaleinę, sód fluoresceiny (uraninę), które w ustroju nie ulegają rozkładowi i bez zmian wydzielają się z moczem.

Tok doświadczeń był taki, że u zwierzęcia w lekkiem uśpieniu chloroformem wytaczaliśmy ostrożnie pęcherz z jamy otrzewnowej, nakłuwaliśmy go najcieńszą igiełką strzykawki Pravaza i wypróżnialiśmy z treści przez wyciąganie tłoka bardzo starannie i ostrożnie, by nie naruszyć błony śluzowej. Pęcherz popłukiwaliśmy płynem fizjologicznym lub przegotowaną wodą letnią; teraz wstrzykiwaliśmy do niego roztwór (w płynie fizjologicznym lub w moczu (wydobytym świeżo z pęcherza psa) któregoś ciała użytego do badania, bez wywoływania większego ciśnienia śródpęcherzowego. Jamę otrzewnową zamykaliśmy czasowo klamerkami. Zwierzę ogrzewaliśmy sztucznie od zewnątrz. Celem wykazania wchłaniania ciał wprowadzonych do pęcherza w pewnej grupie doświadczeń badaliśmy surowicę lub osocze krwi, lecz wyniki pod tym względem były niejasne tak, że ograniczyliśmy się potem tylko do badania moczu, zbieranego z moczowodów.

Jako typ ciał barwikowych fenolsulfonftaleina 0·03 w roztworze, wstrzyknięta do pęcherza zjawiała się we

krwi w odstępach w 30, 90, 120 minucie od czasu wstrzyknięcia. W innej serji doświadczeń zjawiała się ona w moczu w czasie 20—60 minut, a typ wydzielania przez nerki był taki, że ilość barwika wzmagała się od 20-tej do 80-tej minuty, później zmniejszała się, a przy końcu drugiej godziny mieliśmy w moczu zaledwie jego ślad Na wchłanianie fenolsulfonftaleiny nie wpływał wprowadzony poprzednio do pęcherza rozczyn kokainy, chininy lub taniny. Mimo poprzedniego działania tych ciał na błonę śluzową pęcherza, typ wydzielania fenolsulfonftaleiny drogą nerek nie zmienił się zupełnie, a po chininie i kokainie spostrzegaliśmy nawet wcześniejsze zjawienie się barwika w moczu.

Adrenalina wprowadzona do pęcherza prawdopodobnie nie ulegała wchłanianiu (brak zmian w ciśnieniu tętniczem) i nie wpływała wybitnie przy naszem postępowaniu na typ wydzielania barwika z moczem.

Sodek fluoresceiny pokazał się w moczu po 7 minutach od chwili wstrzyknięcia do pęcherza.

Salicylan sodu 5% zjawił się po 25 minutach; najsilniejsze zabarwienie ametystowe przy próbie z chlorkiem żelazowym stwierdziliśmy w moczu po 50 minutach; później słabło ono.

Jodek sodu w rozczynie wodnym lub jod w rozczynie alkoholowym lub w kombinacji z jodkiem potasu w rozczynach wodno-alkoholowych, nie drażniących błony śluzowej pęcherza zjawił się jako jod po 30 minutach w moczu.

Żmudne badania histochemiczne pęcherza, dążące do wykazania postępu wchłaniania powyższych ciał przez ścianę pęcherza były zupełnie niejasne, być może wskutek braków tkwiących w samej metodzie badania.

Z alkaloidów działanie atropiny pozostawionej w pęcherzu przez 2 godziny zaznaczyło się wyraźnie.

Pilokarpina ulegała również wchłanianiu; po 25 minutach wystąpił wyraźny ślinotok i inne typowe objawy zatrucia. Chcąc przekonać się czy tłuszcze w postaci zawiesiny ulegają wchłanianiu, pozostawiliśmy w pęcherzu przez 2 godziny mleko zgęszczone odwirowaniem. Na zamrożonych preparatach histologicznych ściany pęcherza, barwionych sudanem stwierdzono kuleczki tłuszczu tylko na powierzchni błony śluzowej pęcherza.

Wśród dalszych doświadczeń wprowadzaliśmy roztwór kolargolu, glikogenu poszukując ich w ścianie pęcherza metodami histochemicznemi. W preparatach odpowiednio barwionych dał się kolargol wykazać tylko na samej powierzchni błony śluzowej pęcherza, a glikogen głównie również na powierzchni i w drobnej tylko ilości w warstwie II.

Przy wprowadzeniu do pęcherza rozczynów metali ciężkich (Fe, Cu) dały się one wykazać histochemicznie również tylko na powierzchni błony śluzowej. Ostatnio wymienionych ciał nie poszukiwaliśmy ani we krwi ani w moczu, licząc się z trudnościami technicznemi. Na mocy naszych doświadczeń możemy twierdzić, że prawidłowa błona śluzowa pęcherza moczowego wchłania i to nawet dość szybko ciała wprowadzone przez nas w stanie rozczynów do pęcherza. Wchłanianie odbywa się prawdopodobnie nie równomiernie lecz okresowo, co pewien czas, bo za tem przemawiałby typ zjawiania się w moczu ciał badanych. Nie mogliśmy jednak wykluczyć współudziału nerki przy powstaniu spostrzeganego typu wydzielania. Uderza nas pewna analogja między wydzielaniem nerek a wchłanianiem pęcherza, ponieważ wchłanianie wzmagało się przy próbach w pierwszej półgodzinie aż do upływu $1^1/_2$ godziny, później zmniejszało sie ono a ustawało prawie zupełnie przy końcu drugiej godziny.

Doświadczenia nasze są zgodne z wynikami podanemi przez Ashdowna, Hamburgera, Bazyego, Morroa i Gaebeleina, Friedenthala, Völtza, Bandrexla i W. Dietricha, którzy stwierdzili fakt wchłaniania przez błonę śluzową pęcherza. Przeczą one natomiast wynikom uzyskanym przez Berta, Kauppa, Gerotę, Lewina i Goldschmidta, Boyera i Guinarda, O. Cohnheima, I. Simona, Machta, którzy nie przyjmują możności wchłaniania z pęcherza moczowego o normalnej błonie śluzowej lub przyznają takiemu pęcherzowi tylko minimalną zdolność wchłaniania.

Nie ulega wątpliwości, że prawidłowy pęcherz wchłania i to mimo, że badania nasze histochemiczne nie dały nam jasnych wyników, któreby nam pozwoliły wykazać postęp wchłaniania wprowadzonych ciał do pęcherza.

Ubocznie dodajemy, że wszyscy autorowie przyjmują, iż pęcherz chorobowo zmieniony wchłania i to wcale dobrze, na co, na podstawie badań klinicznych, zgadzamy się w zupełności.

Badania nasze zwracają uwagę na to, jak ostrożnym należy być w praktyce u ludzi z wprowadzaniem rozczynów rozmaitych ciał i do pęcherza normalnego, bo i wówczas możemy spotkać się z objawami zatrucia podobnie jak i przy wprowadzaniu leków do pęcherza nieprawidłowego.

Medycyna sądowa.

Dr. Cz. KUJAWSKI Lublin

Prawo a medycyna w kwalifikacji uszkodzeń ciała.

(Odczyt w Lubelskiem Towarzystwie Lekarskim dnia 18 czerwca 1923 r.)

(Dokończenie)

Określenia »bardzo ciężkiego« uszkodzenia w kodeksie austrjackim nie znajdujemy, ale odpowiadające temu pojęciu rodzaje uszkodzeń zaproponowane są w szeroko ujętych Art 155 i 156.

Art. 155. Jeżeli zrządzono nadwerężenie, lubo samo przez się lekkie, takiem narzędziem i w taki sposób, z jakim pospolicie niebezpieczeństwo dla życia jest połączone, lub też w inny sposób dowieść można zamiaru sprowadzenia jednego z ciężkich następstw w Art. 152 wymienionych, choćby tylko na usiłowaniu poprzestano, albo jeżeli z nadwerężenia wynikło naruszenie zdrowia, lub niezdolność do sprawowania obowiązków swego powołania przynajmniej przez dni 30, albo działanie połączone było z osobliwem udręczeniem pokrzywdzonego, albo ciężkie nadwerężenie zagrażało życiu, wówczas...

Orzeczenie Trybunału Najwyższego między innemi wyjaśnia, że jeżeli zadano uszkodzenie lekkie, ale w zamiarze mającym swój wyraz w tylko co przytoczonym ustępie pierwszym Art. 155, to sprawcy poczytać należy jednak dokonaną zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała.

Najcięższe uszkodzenia zgrupowane są w Art. 156: Jeżeli zbrodnia przyprawiła uszkodzonego: *a*) o utratę lub o trwałe osłabienie mowy, wzroku lub słuchu, o utratę zdolności płodzenia, o utratę oka, ramienia lub ręki, albo o inne jakie w oczy uderzające kalectwo lub oszpecenie, albo *b*) o ustawiczną słabowitość, o chorobę nieuleczalną, albo o pomięszanie zmysłów bez prawdopodobieństwa wyleczenia, albo *c*) o trwającą przez całe życie niezdolność pełnienia obowiązków zawodowych, natenczas...

Jeśli zakwestjonujemy tylko nie trafiające nam do przekonania, tak jak i w kodeksie francuzkim, określenie stopnia uszkodzenia według ścisłej liczby dni choroby, to naogół przyznać trzeba, że ustawa karna austrjacka jest najliberalniejsza, najszerzej konkretyzuje mogące zajść przypadki, ujmuje rzeczy czysto z życiowego, a nie formalistycznego punktu widzenia, wreszcie wyraźnie nadaje lekarzowi-biegłemu słusznie mu należne, a znacznie szersze granice i prawa w opinjowaniu, niż to czynią inne ustawodawstwa. Niemniej słuszne podstawy ma poważne uwzględnianie intencji przestępcy. W myśl Art. 155., jeśli ktoś n. p. w celu zadania urazu mierzył ciężką kłonicą albo z broni palnej w głowę, ale dzięki przypadkowi spowodował tylko lekkie uszkodzenie, to jednak ponosi on karę ciężkiego uszkodzenia, zagrażającego życiu.

Jeżeli ustawa austrjacka ma wysunięte tu dodatnie strony, to wpływa na to również okoliczność, że uniknięto tu tak niebezpiecznego formułowania uszkodzeń ciała, jakie spotykamy w kodeksie rosyjskim, stawiającym tak rzekomo ścisłe granice poszczególnych kategorji.

W swych twierdzeniach, opartych na obserwacji życio-

wej i praktyce sądowo-lekarskiej, znajdujemy podstawę i u Hofmanna, który wygłasza następujące zdanie: »Nawet lekarz nie jest w stanie określić granicy między lekkiem a ciężkiem uszkodzeniem; taki podział w gruncie rzeczy jest obcy pojęciom lekarskim. Wydaje się, że za ciężkie uszkodzenia można uważać takie, które wywołały chociażby krótkotrwały, jednak poważny rozstrój zdrowia, albo w następstwie spowodowały poważne czasowe, lub stałe następstwa. Ponieważ określenie: »poważne« nie posiada ścisłych granic, to oczywiście pozostawia się osobistemu poglądowi lekarza zupełną swobodę, i, jak uczy doświadczenie, jedno i to samo uszkodzenie jest różnie kwalifikowane przez różnych lekarzy. Wobec niewyraźnego postawienia sprawy przez ustawy, pożądane jest, aby nowa ustawa o ile możności ściślej określiła, co należy rozumieć pod nazwą »ciężkie uszkodzenie«.

Co do określenia uszkodzeń niebezpiecznych dla życia, to Herbst (cyt. u Hofmanna) mówi: »ciężkie uszkodzenie staje się niebezpiecznem dla życia w tych wypadkach, kiedy uszkodzony i uległy zaburzeniom narząd jest ze względu na swe czynności nie tylko ważny, ale i niezbędny dla życia«. Słusznie jednak Hofmann twierdzi, że to określenie nie usuwa wszystkich trudności, bo nieraz uszkodzenia bynajmniej nie niezbędnych dla życia narządów mogą stać się niebezpiecznemi dla życia, a nawet spowodować zejście śmiertelne, a z drugiej strony nie każde uszkodzenie narządu bezwzględnie potrzebnego dla życia wywołuje objawy nie tylko groźne dla życia, ale nawet tylko ciężkie. A więc konkretnie należałoby tylko takie uszkodzenia uważać za niebezpieczne dla życia, które istotnie wywołały objawy groźne dla życia. Wogóle zaś radzi Hofmann lekarzowi sądowemu kierować się swem doświadczeniem klinicznem. Tak, ale jednakże lekarz w sądzie niekiedy zmuszony jest zboczyć z tego stanowiska pod naciskiem kodeksu.

Na tę s mą trudność rozgraniczenia kategorji uszkodzeń wskazują Casper i Liman, u których czytamy: »Doświadczenie uczy, że w żadnej kwestji granica obustronnej, lekarskiej i sędziowskiej, kompetencji nie jest tak wahająca się, jak w kwestji skutków obrażeń na żywych; w żadnej różnica poglądów ze strony poszczególnych sędziów, prokuratorów i instancji sądowych nie jest wyraźniejsza jak tutaj«. A w innem miejscu: »pruski kodeks karny (dawny) uznał za dobre przyjąć ogólną klasyfikację obrażeń na ciężkie, ważne i lekkie. Taki bezwzględny podział może wprawdzie odpowiadać potocznej mowie, może nawet ze stanowiska sądowego być odpowiedni; ze stanowiska jednak lekarskiego nie jest takim, albowiem trudno jest i niepodobna ustanowić granic pomiędzy temi klasami«. Ciż autorowie, zwalczając podział uszkodzeń na kategorje, mówią dalej: »Kodeks pruski skutkiem tego, że określa klasy obrażeń, nie może uniknąć niedostateczności swych określeń«. »Kodeks karny północno-niemiecki już po części usunął te niepewności. Jeżeli nie wzniósł się jeszcze do zniesienia wszelkich kategorji obrażeń, co dla powodów prawodawczych, których my oceniać nie możemy, nie byłoby może odpowiedniem, to jednak uprościł bardzo i rozjaśnił urzędowe ocenienie, zniósłszy dotychczasowe »ważne« obrażenia«.

Przytoczone myśli powyższych autorów były wypowiedziane w 1871 r., dziś jednak wydaje się, że nic nie straciły na swej słuszności.

Wachholz, omawiając skutki obrażeń, podaje porównawczo poglądy kodeksów rosyjskiego, austrjackiego i niemieckiego, nie wszędzie ujawniając swój osobisty pogląd, Zatrzymuje się jednak przeważnie na podstawach kodeksu austrjackiego. Omawiając ciężkie uszkodzenia ciała, uważa za takie zasadniczo każde złamanie większej kości, znaczniejsze a wkrótce przemijające obrażenie oka bez trwałego i znacznego upośledzenia wzroku, wybicie kilku zdrowych zębów i t. d. Pęknięcie błony bębenkowej ucha uważa za ciężkie, jeśli jest połączone z silnym bólem, jaki bywa przy uszkodzeniu przez wprowadzenie do kanału usznego ciała obcego; jeśli zaś pęknięcie nie jest połączone z silnym bólem i zarasta w ciągu kilkunastu dni, to będzie lekkiem uszkodzeniem. Rany kłute, zadane w kierunku jamy piersiowej, uważa za ciężkie, tak samo zranienia płuc, ze względu na możliwość niebezpiecznych krwotoków i zakażeń. Rany kłute i cięte w powłokach brzusznych, choćby same przez się lekkie, ocenia ze względu na narzędzie i na sposób urazu za ciężkie obrażenie ciała. Co się tyczy złamań kości, to Wachholz jest zdania, że każde ni powikłane nawet z raną zewnętrzną złamanie kości długich kończyn stanowi ciężkie obrażenie ciała, opierając się na tem, że każde z nich wymaga do zagojenia nie mniej niż 20 dni, a jeśli niektóre goją się wcześniej (n. p. kości palców), to zaliczone są do tej samej kategorji dlatego, że mogą pociągnąć za sobą trwałą niezdolność do pracy zawodowej, n. p. u mechaników, muzyków. Zwichnięcia stawów ocenia się znów z punktu widzenia okresu 20, względnie 30-dniowego zakłócenia funkcji.

Tych kilka przykładów kwalifikacji przytoczyłem dla tem wyraźniejszego zaznaczenia rozbieżności, panującej wśród różnych czynników miarodajnych przy ocenianiu uszkodzeń ciała. Wskazówki Wachholza, na którego autorytecie tak często u nas ekspertyzy się opierają, nie zawsze dadzą się zastosować w sądzie polskim wobec tego, że punkt wyjścia Wachholza, a z drugiej strony kodeksu karnego polskiego i niektórych jego komentatorów jest niejednokrotnie różny w tym dziale medycyny sądowej, który dotyczy kwalifikacji uszkodzeń ciała.

Tak więc dochodzimy do wniosku, że w omawianej kwestji niema jednomyślności nie tylko w różnych ustawodawstwach, ale i na naszym terenie przy stosowaniu wymiaru sprawiedliwości.

Z przytoczonych uwag, które mi się z tego powodu nastręczyły, nie można jeszcze wykreślić gotowej koncepcji w rozstrzygnięciu zagadnienia. Jest to raczej może stwierdzenie tylko faktu, że w kodeksie naszym są braki, nieścisłości a nawet niekiedy mylne ujęcie przedmiotu. Gdybym jednakże zdecydował się wyciągnąć pewne wnioski z materjału, który tu podałem przy omawianiu sprawy klasyfikacji uszkodzeń ciała, to wnioski te sformułowałbym w następujący sposób:

1) Art. 467, 468 i 469 kodeksu karnego wymagają rewizji.

2) W rewizji tej głos lekarza powinien mieć zapewnione należne mu i w znacznym stopniu decydujące stanowisko.

3) W rekonstrukcji wymienionych artykułów należy zarzucić dążenie do schematycznego formułowania kategorji uszkodzeń w zbyt ciasnych ramach, a więc określeniom: »lekkie, ciężkie i bardzo ciężkie« uszkodzenia nie nadawać tego dominującego znaczenia, jakie obecnie przy interpretowaniu powyższych artykułów posiadają.

4) Wobec konieczności bądź co bądź używania tych określeń jako zwykłych przymiotników, należy nadawać im znaczenie zgodne z nauką lekarską, oraz z życiem.

5) W szczególności należy możliwie wyraźnie określić, co trzeba rozumieć pod nazwą — uszkodzenie ciężkie wogóle, niezależnie od przystosowania do tego, czy innego artykułu kodeksu.

6) Ustalić trzeba przesłanki, na podstawie których to określenie będzie przyjęte, nie tylko z punktu widzenia powyżej wskazanego, ale i w zależności od tego, czy uszkodzenie oceniać się będzie, mając na względzie moment uszkodzenia i wywołaną przezeń bezpośrednio chorobę, czy też ostateczne następstwa danego uszkodzenia. Który z tych 2 momentów ma być miarodajnym, musi być wyraźnie w ustawodawstwie zaznaczone.

7) Jeśli określenie: »naruszenie funkcji« ma pozostać w kodeksie, to musi ono być ściślej sprecyzowane w myśl tego, że nie wszystkie naruszenia funkcji są równoznaczne.

8) Przy określaniu stopnia uszkodzenia powinien być brany pod uwagę charakter przebiegu spowodowanej choroby oraz czas jej trwania, jednakże bez ścisłego liczbowego tego czasu określenia.

9) W charakterystyce uszkodzeń ciężkich powinny być wzięte w rachubę takie pojęcia, jak ustawiczna słabowitość, choroba nieuleczalna, trwała niezdolność do pełnienia obowiązków zawodowych i t. p. stany ogólne, które życiowo istotnie są ciężkiem następstwem uszkodzeń.

10) Narzędzie, którem zadano uszkodzenie, i sposób

zadania tego uszkodzenia również powinny być wyraźnie uwzględnione,

11) Rzeczą prawnika będzie uzgodnić te postulaty z wymaganiami prawa i nadać im kształty określonych artykułów, nie powinien jednak tego robić bez udziału lekarza.

12) Redakcja artykułów powinna być o tyle szeroka, żeby nie krępowała lekarza w jego fachowych i naukowych podstawach przy wydawaniu orzeczeń, i nie zmuszała go do sztucznego formułowania swych wniosków, niezgodnych z jego pojęciami lekarskiemi.

13) W ustaleniu podstaw klasyfikacji uszkodzeń ciała powinny wziąć udział zbiorowe ciała lekarskie z uwzględnieniem opinji przedstawicieli poszczególnych działów medycyny, jako specjalistów.

14) Przy ewentualnych zmianach redakcyjnych kodeksu karnego powinny być uwzględnione wzory obce, jednakże tylko w tych szczegółach, które, wyjęte z różnych ustawodawstw, uznane będą za słuszne, niezależnie od całości ustaw.

15) Jakkolwiek procedura postępowania sądowo-lekarskiego nie wchodziła w zakres moich rozważań, to jednak uważam za właściwe w związku z ich treścią przypomnieć, jak ważne dla późniejszych ekspertyz lekarskich ma znaczenie ścisłość i dokładność lekarzy w obserwacji poszkodowanych i w notowaniu pierwszych objawów, oraz przebiegu choroby w tych przypadkach, które wzbudzają podejrzenie, że staną się przedmiotem dochodzenia sądowego. Dotyczy to tak obserwacji ambulatoryjnej, jak i szpitalnej (karty szpitalne chorych).

* *

Już w kilka miesięcy po przygotowaniu i wygłoszeniu powyższego referatu zwrócono moją uwagę na pracę, traktującą o »Klasyfikacji uszkodzeń ciała«, która się ukazała w roku zeszłym w czasopiśmie »Lekarz wojskowy«. Żałuję, że artykuł ten, którego autorem jest prof. W. Grzywo-Dąbrowski, nie był mi wówczas znany, gdyż szerzej uwzględniłbym jego treść w swym referacie. Szan. autor wymienionego artykułu zaznacza, że poruszony temat nie był dotychczas omawiany w naszej literaturze sądowo-lekarskiej. Podając długi szereg przykładów uszkodzeń ciała, ustala ich kwalifikację i tym sposobem daje wskazówki dla lekarza-biegłego. W swych orzeczeniach opiera się na obowiązującym w b. zaborze rosyjskim kodeksie karnym, przytaczając niejednokrotnie porównawczo tezy kodeksu austrjackiego i niemieckiego. Przy komentowaniu kodeksu b. zaboru rosyjskiego jednakże i prof. Dąbrowski sądzi, że kodeksy austrjacki i niemiecki »kwalifikują ściślej i określają dokładniej poszczególne uszkodzenia ciała«. Mówi też o »wątpliwościach«, jakie nastręczają się przy komentowaniu zakłócenia funkcji z Art. 468, o «trudnościach«, spotykanych przy kwalifikowaniu uszkodzeń z mocy Art. 469. Wogóle przewodnią myślą autora było ułatwienie zadania lekarza-biegłego przy wydawaniu orzeczeń sądowo-lekarskich. Jednakże i z tej strony ujęty przedmiot jakgdyby mimowoli spotyka się z temi objekcjami, które mnie się nasunęły przy rozważaniu poruszonego tematu, i tembardziej utrwala w przekonaniu, że reforma jest konieczna.

Piśmiennictwo.

1) Kodeks karny. wyd. Minister. Sprawiedliwości 1917. — 2) Kodeks karny, wyd. Minist. Sprawiedl. 1922. — 3) Kodeks karny, wyd. Zarz. Cyw. Ziem Wsch. 1919. — 4) Makowski: Kodeks karny 1922. — 5) Tagancew: Kodeks karny 1903 r., (tłum. polskie 1921. — 6) Tensam: Ułożenje o nakazanjach ugodownych 1885. — 7) Code d'instruction criminelle et Code pénal, Paris 1920. — 8) J. Kałużniański: Ustawa karna b. Dzielnicy pruskiej, Poznań 1921. — 9) J. Rosenblatt: Ustawa karna b. zaboru austrjackiego, Kraków 1914. — 10) Zbiór orzeczeń Sądu Najwyższego. — 11) Komisja Kodyfikacyjna Rzeczyposp. polskiej, protokoły. — 12) Dr. Potrzobowski: Przewodnik przy określaniu stopnia niezdolności do pracy. Warszawa 1920. — 13) Wachholz: Medycyna sadowa 1919 r. — 14) E. Hofmann: Lehrbuch der gerichtlich. Medizin. tłum. ros. 1908 r. — 15) J. L. Casper i C. Liman: Medycyna sądowa, tłum. z niem. 1876 r. — 16) W. Grzywo-Dąbrowski: Klasyfikacja uszkodzeń ciała, »Lekarz wojskowy« Nr. 10 1922 r.

Oceny i sprawozdania.

Doc. dr. med. Ludwik Paszkiewicz. **Technika sekcji zwłok dla słuchaczów medycyny i lekarzy.** Warszawa 1923. Stron VIII + 280, z 297 rycinami i 3 tablicami barwnemi.

W słowie wstępnem do tej książki napisał prof. Hornowski, że takiego dzieła piśmiennictwo lekarskie, nawet wszechświatowe, dotąd nie posiada. Zdanie to zupełnie prawdziwe w tym względzie, że podręcznik doc. Paszkiewicza jest pierwszym atlasem techniki sekcyjnej, na jaki się jeszcze w żadnym kraju nie zdobyto. Rycin jest w nim więcej, niż stronic. I jakich rycin! Pozazdrościć ich mogą najpiękniejsze podręczniki techniki, n. p. chirurgji operacyjnej. Tekst podręcznika zasługuje również na wszelkie uznanie; dokładny i jasny, byłby pożytecznym przewodnikiem dla studentów i lekarzy mniej z sekcjami obeznanych, nawet gdyby nie był tak bogato ilustrowany. Ale nawet doświadczony prosektor niejedno z tej książki skorzysta.

Kilka uzupełnień może byłoby przydatnych w następnem wydaniu. I tak zdaje mi się, że należałoby nieco szerzej uwzględnić potrzeby lekarza, mającego wykonywać sekcje sądowe i podać główne wytyczne najlepszych zagranicznych regulaminów takich sekcyj. Oprócz polecanej przez siebie metody, uwzględnia autor także różne inne sposoby wykonywania sekcji; oczywiście nie mógł uwzględnić wszystkich sposobów bez wyjątku, nietylko dlatego, że nie chcąc zbyt rozszerzać książki, trzeba dobierać tylko co lepsze metody, ale też dlatego, że w zawilszych przypadkach nie wystarcza żaden szablon i prosektor musi sobie stworzyć sposób, do danego przypadku zastosowany. Na to indywidualizowanie, konieczne przy sekcjach taksamo, jak w każdem badaniu naukowem, dobrzeby było, jak sądzę, położyć większy i częstszy nacisk. Trzebaby też uzupełnić kilka drobniejszych szczegółów, jak, że nóż ujmuje się niekiedy jak pióro, (co zresztą uwzględniono w rycinach, ale w tekście przy ogólnych wskazówkach pominięto), że nóż oczyszcza się wodą lub gąbką (a nie ociera się go o skórę zwłok), że, otwierając szeroko klatkę piersiową przez przecięcie kostnych żeber, można użyć nietylko nożyc kostnych, ale też (z korzyścią) piłki. Otwarcie stawów mostkowo-obojczykowych od tyłu jest niewątpliwie lepsze, ale przecież niezawsze wykonalne, dlatego trzebaby opisać także otwieranie ich od przodu; wyszukiwanie przytarczyc jest pewniejsze po odcięciu i odchyleniu narządów szyji, naodwrót należałoby uwzględnić otwieranie tchawicy i krtani także przed naruszeniem kości gnykowej i dna jamy ustnej. Pożyteczną może byłaby wzmianka (na str. 143), że przy przecinaniu chrząstek żebrowych powinien nóż w chwili przecinania jednej chrząstki już spocząć na następnej (a więc być nachylonym mniej niż 45°). Nie mogę podzielić zdania, że dla badania szpiku kości długich należy wyjmować i rozpiłowywać całą kość »tylko wyjątkowo« (str. 262), a że zwykle wystarczy do tego celu otworzyć dłutem z boku część jamy szpikowej lub ostatecznie wyciąć i przepiłować część trzonu. Nie widzę też powodu oszczędzać części płciowych zewnętrznych w takiej mierze, jak zdaje się zalecać autor; przytem wyjęcie ich po oddzieleniu w miednicy, a okrojeniu od zewnątrz (od strony krocza) wydaje mi się praktyczniejsze, niż sposób podany na str. 220 podręcznika, a rozcinanie spojenia łonowego dla łatwiejszego wyjścia całych narządów płciowych zasługiwałoby na gorętsze polecenie.

Przed użyciem książki powinien czytelnik poprawić kilka błędów drukarskich, jakoto na str. 187 liczbę cytowanej w tekście ryciny z »202« na »198«, na str. 155 »tętnica sutkowa« na »żyła sutkowa«, a także nazwy: »żyła próżna« (zamiast »główna«), „nóżka przysadki" (zamiast „szypułka"), »widełko« (?) (zamiast »wieszadło«), »dwubrzuśny m. szyji« (zam. »dwubrzuścowy«), »brzuśća« (zam. »brzuśca«: brzusiec nie brzuściec!), »tętnica dogłowowa« (zam. „szyjna"), użyte widocznie przez »lapsus calami«, bo tylko raz, lub dwa razy, gdy wszędzie indziej podano te nazwy dobrze, a wogóle widać w podręczniku wielkie staranie o poprawne słownictwo, z paru ledwo wyjątkami. Do tych wyjątków zaliczam nazwę »ciało modzelowate«, a nawet »modzelówka« (!) zam. „wielkie spoidło mózgu", oraz nazwę »gardziel«. Wielkie spoidło mózgu

w niczem przecież do »modzela« nie jest podobne; dlatego też usunięto i z międzynarodowego słownictwa anatomicznego (t. zw. bazylejskiego) termin: »corpus callosum«. Nazwę zaś »gardziel« usunął »Słownik lekarski polski« (1905) dlatego, że sprawiała ona nieznośne zamieszanie, bo jedni nazywali tak »gardło« (pharynx), a drudzy »przełyk« (oesophagus). Mniejszej wagi są mylne genetiva, użyte w podręczniku: »fałda«, „stercza" (zam. »fałdu«, »sterczu«), użycie nazwy »duży mózg« przez zbyteczne oglądanie się na niemiecki »Grosshirn« i nazwy »nożyce z kulką« (zamiast »gałkowe«), a nawet stale w podręczniku powtarzane »wiązadło« zamiast powszechnie przyjętego „więzadła" (które jest zresztą zupełnie dobre; por. Benni-Łoś-Nitsch-Rozwadowski-Ułaszyn: »Gramatyka języka polskiego« 1923, str. 91, 139, 197). Wahałbym się też przed użyciem wyrazu »podstawka« w znaczeniu „podstawione naczynie" (str. 247). Żadną zaś miarą nie mogę się pogodzić z wyrazem „przepił", użytym jako rzeczownik (»przepił—u«) w znaczeniu linji przecięcia, linji przekroju (str. 143). Jeżeli już koniecznie szło o oddanie niemieckiego »Sägeschnitt«, »Sägeschnitsfläche« jednym wyrazem, toć mamy na to staropolski wyraz »rzaz«, szczęśliwie wznowiony w »Słowniku technicznym« Stadtmüllera, a zawarty zresztą także w powszechnie znanym warszawskim »Słowniku języka polskiego«. Dobrze też byłoby unikać wyrazu „sekować", który dotąd miał w polskiem tylko znaczenie „dokuczać, prześladować" (ob. „Słownik" warszawski); właściwy wyraz polski brzmi „sekcjonować".

Wyczerpawszy w ten sposób bodaj wszystkie pożądane uzupełnienia i poprawki, przechodzę do szczególnych cech i (istotnie dużych) zalet podręcznika. Do pierwszych, prócz przeniesienia punktu ciężkości na objaśnienie tekstu jak najliczniejszemi i jak najlepszemi rycinami, należy wypracowanie w najdalszych, zdaje się, możliwych granicach metody sekcjonowania narządów „in situ", metody, którą i ja uważam za najlepszą. Takie postępowanie wysunął doc. Paszkiewicz w swej książce wszędzie na pierwszy plan, uzupełnił je w szczegółach na zasadzie własnych doświadczeń i wzbogacił obmyślonym przez siebie sposobem badania przełyku. Do zalet podręcznika, oprócz już wymienionych na wstępie tego sprawozdania, należą jeszcze: dokładniejsze uwzględnienie takich narządów, które bada się rzadko i których badanie bywa zwykle z tego powodu opisywane w podręcznikach zbyt pobieżnie, oraz włączenie do tekstu i do zbioru rycin bardzo praktycznych wskazówek topograficzno-anatomicznych. Początkującym i mniej wprawnym oszczędzi to w danym razie wertowania osobnych podręczników anatomji opisowej czy topograficznej.

Książka doc. Paszkiewicza wydana jest — mało powiedzieć: wykwintnie — poprostu zbytkownie. Drukarnia „artystyczna", która ją składała i odbijała, ma wszelkie prawo do tej swej nazwy.

Prof. Dr. *St. Ciechanowski.*

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Annales de Médecine.
T. XIV. Nr. 1. 1923.

H. Claude, D. Santenoise, P. Schiff. **Liczba białych ciałek krwi w okresie trawienia.** Autorowie badali liczbę białych ciałek krwi u dwudziestu kilku chorych nerwowych i umysłowych, poczynając od chwili przyjęcia posiłku przez chorego co 5—20 minut w przeciągu 3—4 godzin. Już ten dokładny sposób badania usuwa część sprzeczności w poglądach na zachowanie się liczby białych ciałek w okresie trawienia, który dzieli się na trzy części: pierwsza, zwana przez autorów okresem paradoksalnym, jest krótka (10—30 min.), trudno uchwytna i znamionuje się gwałtowną zmianą w liczbie białych ciałek o kierunku zawsze odwrotnym do stwierdzalnego w okresie następnym. Ten zaś, nazwany przez autorów okresem charakterystycznym, trwa znacznie dłużej (2—3 godzin) i zachowanie się podczas niego liczby białych ciałek jest znamienne dla całego okresu trawienia. Wreszcie w trzeciej części, czyli w okresie końcowym, liczba białych ciałek po kilku wahaniach wraca do normy. W dalszym ciągu autorowie ustalają ścisłą zależność liczby białych ciałek w okresie trawienia od napięcia układów nerwu współczulnego i błędnego. Chcąc zorjentować się co do ich napięcia, autorowie wywoływali u wszystkich badanych chorych odruch oczno-sercowy, a niekiedy sprawdzali swe wyniki przez wywoływanie odruchu splotu słonecznego i przez działanie na wspomniane układy nerwowe swoistych środków farmakologicznych. Przypuszczając, że stan wątroby ma wielki wpływ na liczbę białych ciałek w okresie trawienia, wykonywali oni odczyn Gmelin'a, próbę na urobilinę, określali ilość cukru w moczu po zwiększonem podawaniu cukru, wreszcie ustalili współczynnik niedokładności czynności mocznikotwórczej wątroby (Devrien-Clogne).

W rezultacie autorowie ustalili, że u osobników ze zdrową albo lekko zajętą wątrobą, przy żywym odruchu oczno-sercowym, stwierdza się leukopenję trawienną, przy słabym zaś lub odwróconym odruchu oczno-sercowym — leukocytozę. Wynik ten potwierdzają: wpływ swoistych dla układów współczulnego i błędnego środków farmakologicznych na leukopenję czy leukocytozę trawienną, oraz oddawna znany fakt leukopenji trawiennej u niemowląt, u których przecież odruch oczno-sercowy jest bardzo żywy. Natomiast u osobników z ciężkiem schorzeniem wątroby występuje gwałtowna leukopenja, o ile jednocześnie odruch oczno sercowy jest żywy; przy tym odruchu osłabionym lub odwróconym stwierdza się leukopenję, ale nieco opóźnioną, a nawet czasem poprzedzoną przez krótki okres leukocytozy.

Zastanawiając się nad przyczynami zmian w liczbie białych ciałek w okresie trawienia przypuszczają autorowie, że w okresie paradoksalnym mamy do czynienia li tylko z odruchem ze strony układu współczulno-błędnego. W okresie zaś charakterystycznym wśród przyczyn zjawiska na pierwsze miejsce wysuwa się drażniące działanie trujących substancyj trawiennych, przedostających się, choć w nieznacznej ilości do krwi, nawet przy zdrowej wątrobie; działają one zatem podobnie do śladów silnych trucizn. Zjawisko to przypomina jeszcze wstrząs, występujący przy zastrzykiwaniu dożylnie obcego białka, który również występuje żywiej u osobników z wyraźnie zaznaczonym odruchem oczno-sercowym. Widzimy więc, że liczba białych ciałek w okresie trawienia zależy nietylko od stanu wątroby, ale i od napięcia układu współczulno błędnego. Skoro więc jeden z tych czynników jest znany, możemy zorjentować się co do stanu drugiego zapomocą dokładnego zbadania liczby białych ciałek w okresie trawienia. *Tadeusz Zawodziński* (Warszawa).

Presse médicale.
Nr. 83. 1923.

Emile Sergent. **Zaburzenia równowagi czynnościowej przepony.** Pod mianem tem autor opisuje zaburzenia w oddychaniu, cechujące się przedmiotowo naprzemienną i kurczową postacią ruchów oddechowych. Rozróżnia on 2 postacie zaburzeń równowagi czynnościowej przepony, opierając się na pochodzeniu ich i na różnicy zmian oddechowych: postać ściśle psychiczną i postać odruchową, zwrotną. Jako ilustrację pierwszej postaci autor przytacza historję choroby 50-cio letniej kobiety, dotkniętej znaczną nabytą niedomogą oddechową, tyczącą się przeważnie niedomogi przepony. Ustanie miesiączki w okresie przekwitania, okres, w którym tak często spostrzegamy różne objawy nerwowe, wywołało u niej szereg chorobowych objawów oddechowych. Chora, u której jakoby rozpoznawano gruźlicę płuc i która przebyła ostre i przemijające przekrwienie lewego szczytu, przekonana, że jest dotknięta chorobą płucną, nieświadomie oduczyła się oddychać normalnie. Stała się »niezrównoważoną oddechowo«. Oddech był mały, częsty, krótki i powierzchowny (25—30 razy na 1 minutę). Badanie roentgenologiczne wykazało znaczne zmniejszenie rozszerzenia klatki piersiowej i zupełną nieruchomość przepony. Osobliwością tego przypadku jest też okoliczność, że chora, która nieświadomie od czasu do czasu robiła głębokie wdechy, nie mogła świadomie głęboko odetchnąć.

Zaburzenie równowagi czynnościowej w postaci odruchowej powstaje wskutek schorzenia, które wprost dotyczy przepony lub jej układu nerwowego ruchowego. Brak równowagi oddechowej spostrzegamy już w czasie lub w końcu tego schorzenia, trwa on jednak nadal wskutek przyzwyczajenia, jakoteż i wskutek bliznowatych pozostałości. W spostrzeganych przez autora przypadkach poza miejscową przyczyną dużą rolę odgrywał zawsze czynnik psychiczny, usposobienie neuropatyczne. W postaci tej zaburzenia równowagi oddechowej cechują się w większości przypadków jednostronnością porażenia ruchowego i kurczowym charakterem ruchów oddechowych. Miejscową przyczyną zaburzeń były: przebyte zapalenia opłucnej, dawne zapalenie otrzewnej, zatrucie yperitem, jednem słowem zmiany opłucno-przeponowe. Aby jednak przyczyna taka mogła wywołać stałą niedomogę oddechową niezbędnem jest bezwzględnie obciążenie neuropatyczne. Zasadniczemi objawami tej postaci są: a) uczucie braku powietrza wskutek niedostateczności ruchów oddechowych (niezupełne wydechy, wdechy »spudłowane«), b) naprzemienność, wyrażająca się okresami głębokich wdechów i okresami bezdechu zupełnego lub względnego, niekiedy zaś powierzchownemi nieprawidłowemi ruchami oddechowemi i c) w pewnych przypadkach spostrzegamy gwałtowne skurcze przepony i urywki oddechów dodatkowych.

Leczenie winno dotyczyć stanu nerwowego i psychicznego chorych: hydropatja, walerjana, belladona, środki skrzepiające, nauka oddychania i t. d.

Ponadto wskazane jest leczenie schorzenia miejscowego i jego skutków: przyżegania kropkowe, ogrzewanie gorącem powietrzem, kąpiele świetlne, leczenie słońcem, mięsienie a zwłaszcza leczenie elektrycznością.

Nr 84.

C. Caronia. **Badania nad pochodzeniem odry.** Autor podaje wyniki badań, dokonanych od listopada 1921 roku do chwili obecnej w klinice chorób dziecięcych w Neapolu i w Rzymie Badania bakterjologiczne wykazały, że ze krwi, szpiku kostnego, z płynu mózgowo-rdzeniowego i z przesączu wydzieliny nosowo-gardłowej dzieci, dotkniętych odrą, w okresie zwiastunów i wysypki można wyhodować na specjalnych katalizujących podłożach (Di Cristina lub Tarocci-Noguchi) w beztlenowem otoczeniu małe okrągłe drobnoustroje, łączące się zazwyczaj po dwa na wzór dwoinek i nie barwiące się Gramem. Przy przeszczepianiu hodowli rozwój tych drobnoustrojów następuje daleko prędzej i jedynym warunkiem koniecznym jest brak tlenu. W rozwoju swym przechodzą one przez okres przesączalny (ultramikroskopowy). Można wyhodować je bowiem z przesączu wydzieliny nosowo-gardłowej do postaci mikroskopowych, jakoteż z przesączu hodowli drobnoustrojów można otrzymać znowu ich hodowlę. Próby znalezienia tych drobnoustrojów we krwi chorych na odrę nie dały żadnych wyników, natomiast badania szpiku kostnego w okresie wysypki, jak również badania wydzieliny ze spojówek, nosa i gardła wykazują zawsze obecność pozakomórkowych postaci dwoinkowych zupełnie podobnych do wyhodowanych drobnoustrojów. Badania serologiczne. Jako antygenem posługiwał się autor hodowlami pomnożonemi przez liczne przeszczepiania. W okresie zwiastunów, wysypki i zwłaszcza zdrowienia stwierdzono istnienie zlepiania się drobnoustrojów, często z wysokiem mianem zlepnem, oraz wyraźnie dodatniego objawu odchylenia dopełniacza. Badanie wskaźnika opsoninowego o wysokiem mianie było również dodatniem. Doświadczalne zakażanie zwierząt. Wstrzykiwania dożylne dużych dawek krwi odrowej młodym królikom wywołują obraz chorobowy, analogiczny z odrą ludzką. Ze krwi zwierząt, zakażonych w ten sposób, można wyhodować ten sam szczep, który daje się wyodrębnić u chorych na odrę. W surowicy zwierząt tworzą się przeciwciała swoiste dla szczepu, wyhodowanego od człowieka. Kilkorazowe zastrzykiwania dożylne dużych dawek (bogatych)hodowli wywołują u młodych królików ciężkie, niekiedy śmiertelne schorzenie, bardzo podobne do odry ludzkiej. Badania morfologiczne, serologiczne i bakterjologiczne tych zwierząt dają takie same wyniki, jak i badania ludzi chorych na odrę. Zastrzykiwanie zdrowym dzieciom dużych dawek hodowli unieczynnionych lub osłabionych powoduje uodpornienie i nie wywołuje żadnych objawów chorobowych. Natomiast kilkakrotne (2—3 dni) wstrzykiwania domięśniowe dużych dawek żywych hodowli powoduje występowanie typowej, chociaż nieco osłabionej, postaci odry.

Nr. 85.

J. A. Sicard, J. Paraf i L. Laplane. **Radjodjagnostyka schorzeń rdzeniowych zapomocą lipjodolu.** Przekłucie szczytowo-potyliczne i szyjne. Autorzy podają wyniki badań opon rdzeniowych u 150 chorych zapomocą wstrzykiwań podpajęczynówkowych lipjodolu. Środek ten jest połączeniem jodu i olejku gwoździkowego, w stosunku 0,54 jodu na 1cm^3 olejku. Poza brakiem jadowitości lipjodol posiada dwie zasadnicze cechy: nieprzepuszczalność dla promieni X i własność przemieszczania się w jamach ustroju wskutek znacznego ciężaru właściwego. W 50-ciu przypadkach zastosowano wstrzykiwania szczytowo-potyliczne, aby w ten sposób zbadać całą przestrzeń podpajęczynówkową. Przekłucie należy wykonywać bezpośrednio pod zewnętrzną guzowatością kości potylicznej; igłę wprowadzamy powoli na głębokość od 3 do 5 cm sprawdzając zapomocą strzykawki (2 cm^3) dołączonej do igły i napełnionej płynem fizjologicznym drożność jej. Przekłucie błony szczytowej daje wybornie odczuć się, poczem zaczyna wypływać z igły płyn mózgowo-rdzeniowy. Przekłucie szczytowo-potyliczne nie jest bolesnem, nie pociąga za sobą bólów głowy, wymiotów, złego samopoczucia, podrażnienia opon, które dość często spostrzegamy po nakłuciu lędźwiowem. Poza odcinkiem szczytowo-potylicznym można dokonywać przekłucia w obrębie szyji między 4-tym i 5-tym, 5 i 6 a zwłaszcza 6 i 7-ym kręgiem szyjnym, ściśle w linji środkowej. Zastrzykiwanie lipjodolu wymaga następujących ostrożności: a) należy usunąć z lipjodolu pęcherzyki powietrza, aby w ten sposób ułatwić opadanie jego w przestrzeni podpajęczynówkowej, b) nie wypuszczać w czasie przekłucia zbyt wiele płynu mózgowo-rdzeniowego (do 1 cm^3 najwyżej); c) nie wyciągać zaraz bezpośrednio igły, aby przez otwór w oponie twardej nie mógł przesączać się płyn mózgowo-rdzeniowy do przestrzeni epiduralnej i d) po zastrzyknięciu lipjodolu chory winien zachowywać postawę siedzącą.

Na zgórą 100 wstrzykiwań szyjno-grzbietowych lipjodolu 2 razy stwierdzono zatrzymanie się lipjodolu, zresztą tylko czasowe, w okolicy przekłucia. U osobników ze zdrowemi oponami (padaczka, zaduma, stwardnienie rozsiane mózgu i rdzenia i t. p.) lipjodol, zastrzyknięty w ilości pół do 1 cm^3 do górnego odcinka rdzenia, w położeniu stojącem lub siedzącem badanego, szybko opada i już po upływie 2—3 minut przedostaje się do dolnego odcinka krzyżowego, zarysowywując radjoskopowo granice worka opony twardej. W przypadkach przeszkody w oponach, lipjodol zatrzymuje się ściśle w okolicy przegrody (guz, złamanie, choroba Pott'a, przerzuty nowotworowe i t. p.) W ciągu 18-tu miesięcy autorzy stwierdzili i dokładnie umiejscowili guzy rdzenia w 9-u przypadkach, operowanych później. W dwóch innych przypadkach na podstawie obrazu lipjodolowego rozpoznano zapalenie opon otorbione, co również potwierdziło się na operacji.

Sprawy uciskowe można wykryć zapomocą lipjodolu w czasie, kiedy nie dają jeszcze prawie żadnych objawów klinicznych (bóle, objawy ruchowe i t. d.) i kiedy płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazuje żadnych odchyleń.

W przypadkach wstrzykiwania lędźwiowego lipjodolu chory winien zająć »położenie pochyłe« (głowa na dół, tułów nieco wyżej), co wymaga specjalnego stołu.

Wydalanie lipjodolu z ustroju następuje powoli, niekiedy z górą 2 lata; zresztą obecność jego nie wywołuje żadnych dolegliwości. *Al. Krause.*

Nr. 87.

M. Laignel-Lavastine. **Higjena układu współczulnego.** Pod mianem tem autor łączy higjenę ogólną, djetetykę i higjenę psychiczną. W higjenie ogólnej zwraca uwagę na prawidłowe oddychanie, gdyż zwiększenie się CO_2 we krwi drażni n. błędny, powodując stany mdłości i omdleń, przypominające mniej lub więcej chorobę morską i będące pod

stawą obawy przestrzeni zamkniętych. W większej mierze jednak aniżeli oddychanie wpływa na równowagę układu roślinnego trawienie. Post, wywołując pobudliwość nerwu błędnego, usposabia do pojawiania się automatyzmu psychicznego. Odwrotnie, pod wpływem pokarmów podrażnienie układu współczulnego przeważa nad pobudzeniem n. błędnego, jakto wykazuje próba hemoklazji trawiennej — ujemna u osobników normalnych, dodatnia natomiast u wagotoników. Higjena układu naczyniowego ma wielkie znaczenie w większości nerwic układu współczulnego. Nie należy zatem przemęczać serca zwłaszcza w okresach krytycznych u kobiet; autor zaleca, w celu ułatwienia krążenia obwodowego, stosowanie ćwiczeń mięśniowych i hydroterapję. Należy zwracać pilną uwagę na narządy wydzielnicze, zwłaszcza moczowe, tembardziej, że większość wagotoników, mając nizkie ciśnienie tętnicze, skłonna jest do skąpego wydalania moczu, co ułatwia znacznie samozatrucie.

Między układem współczulnym a życiem intelektualnem i uczuciowem istnieje ścisły związek. Zwłaszcza przemęczenie uczuciowe wyczerpuje układ nerwowy. Spokój moralny, który daje odosobnienie chorego, zbawiennie wpływa na układ nerwowy wegetatywny i czuciowo-ruchowy.

W sferze płciowej liczba zespołów układu wegetatywnego, zależnych od zaburzeń jajnikowych jest tak wielką, że u każdej kobiety, cierpiącej na zaburzenie w układzie n. błędnego i współczulnego, należy przedewszystkiem zbadać stan jajników.

Co się tyczy djetetyki, należy zalecać osobnikom o pobudliwym układzie współczulnym djetę z węglowodanów, jarzyn, zawierających dużo wapnia, które uspakaja pobudliwość układu współczulnego. Natomiast u osobników o układzie współczulnym, zbyt mało pobudliwym, należy pobudzać ten ostatni i tarczycę zapomocą potraw mięsnych i niektórych sałat, wogóle pokarmów zawierających dużo jodu. Niezależnie od jakości ilość potraw, częstość i szybkość pochłaniania, stopień przeżucia ma duże znaczenie. Znane są dobrze wyniki podawania małych a częstych posiłków u wagotoników ze zwiększoną kwasotą.

Aleksander Krause (Warszawa).

Ruch w Towarzystwach lekarskich.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 17. października 1923.

Przewodniczący prof. Majewski. Obecnych 160.

1) Kol. doc. Tempka przedstawia chorego z kliniki medycznej U. J., 38-letniego, skarżącego się na ogólne osłabienie, obrzęki twarzy i kończyn dolnych, nadto na silne powiększenie brzucha, które to objawy wystąpiły w ciągu ostatnich paru miesięcy. We wywiadach »reumatyzm« przed kilku laty i mierne nadużywanie nikotyny. Badanie przedmiotowe stwierdza znaczną bladość powłok zewnętrznych, obrzęk skóry policzków i kończyn dolnych, powiększenie gruczołów chłonnych łokciowych, silne wysklepienie brzucha, obfitą ilość wolnego płynu w jamie brzusznej i rozszerzenie żył skórnych brzucha, wskazujące na bardzo utrudnione krążenie w obrębie żyły wrotnej. Po wypuszczeniu płynu z jamy brzuszn j, okazującego cechy przesięku, stwierdzono zmniejszoną, bolesną na ucisk wątrobę o gładkiej powierzchni i ostrym brzegu. W obrębie serca wybitny przerost lewej komory i cylindryczne rozszerzenie części wstępującej tętnicy głównej. Ciśnienie tętnicze stale wzmożone, tętnice obwodowe lekko zgrubiałe. Mocz w dobowej ilości około 1500 cm³ cięż. gatunk. 1011—1015, ilość białka surowiczego 1·75—5·75%, z czego na globuliny przypada 40·4%. Dobowa ilość chlorków 2-3 g., drobnowidowo olbrzymia ilość komórek silnie stłuszczonych, tak, że tylko w niektórych można było rozpoznać przybłonki nerkowe względnie leukocyty lub wałeczki ziarniste, albo złożone z samych kuleczek tłuszczu. Krwinek czerwonych nie zauważono. Badanie krwi wykazało 48% hemoglobiny (Sahli) i 2,320.000 krwinek czerwonych w 1 cm³, nadto 65·8 mg azotu pozabiałkowego w 100 cm³ surowicy i 2 mg indykanu w litrze surowicy. Dno oka bez zmian. Ciepłota prawidłowa. Wykluczenie dla tych wszystkich objawów ostrego tła zakaźnego, zatruć, gruźlicy, zimnicy, z drugiej zaś strony zmiany nerkowe o cechach nefrotyczno-skrobjawicowych (z objawami rozpoczynającej się nerki marskiej wtórnej), zmiany tętnicy głównej, marskość zanikowa wątroby, przy wykluczeniu innego tła i powiększeniu gruczołów chłonnych łokciowych wskazywałyby, mimo ujemnych wywiadów, na kiłowe tło całego tego zbioru objawów. Rzeczywiście O. W. we krwi wypadł silnie dodatnio (natomiast z globulinami moczu ujemnie). Rozpoznanie kliniczne brzmi tedy: *Nephroamyloidosis chr. luetica* vertens in nephritidem chr. nterst multiplicem (Orth) in individuo cum mesaortitide et hepatitide interstitiali diffusa chronica atrophica luetica et anaemia consecutiva maioris gradus. Rokowanie złe ze względu na daleko posunięte zmiany nerkowe i wątroby. Leczenie, obok djetetycznego, swoiste w postaci bizmutu i nowasurolu. Przypadek przedstawia interes kliniczny z powodu równoczesnego wystąpienia zmian w nerkach i wątrobie przy równoczesnem pojawieniu się objawów nerki marskiej (przerost lewej komory serca, wzmożone ciśnienie tętnicze, hyperazotemja i hyperindykanemja.)

W dyskusji kol. doc. Kostrzewski wspomniał o odczynie Wassermanna w moczu. Odczyn ten jest możliwy tylko wtedy, gdy w moczu jest białko. Zależy to od pory dnia i innych jeszcze czynników; w każdym razie mocz należy zobojętnić i uczynić izotonicznym, żeby hemoliza nie występowała samorzutnie. Wogóle odczyn ten jest dość trudny do wykonania; dotychczas ogłoszono tylko 6 przypadków.

2) Kol. Szancenbach przedstawia 1) preparat macicy po operacji z powodu ciąży leworożnej; 2) preparat macicy operowanej z powodu mięsaka z czopami nowotworowemi w naczyniach krwionośnych, znacznie rozszerzonych.

W dyskusji kol. Woyciechowski zaznacza, że w pierwszych miesiącach ciąży często spotyka się rozszerzenie rogu macicy, lecz w późnych miesiącach, jak np. w przypadku demonstrowanym, spotyka się to rzadko.

3) Kol. Kościuszko przedstawia 1) preparat wodonercza o wadze 7500 gr, które rozpoznano klinicznie jako cystę wielokomorową, wychodzącą z jajnika (Rzecz ukaże się w druku). 2) Serję preparatów ciąży trąbkowej w różnych okresach; niektóre z nich zawierają niezniszczone, dobrze zachowane, płody.

4) Kol. doc. Zubrzycki: a) 2 preparaty torbieli jajnikowej operowanej w stanie skręcenia u osoby 56-letniej. W obu preparatach zwraca uwagę zachowanie się strzępków jajowodowych, które są znacznie powiększone i zgrubiałe; b) kilka preparatów macic operowanych z powodu raka szyjki i trzonu sposobem Wertheima, przyczem wycięto znaczną część parametrium i ściany pęcherza moczowego; c) przyrząd do przedmuchiwania trąbek w myśl metody podanej przez Rubina, uproszczony znacznie i nadający się do łatwego użycia. Przyrząd ten używany być może szczególnie przy badaniu z powodu niepłodności, jakkolwiek metoda ta jest dość skomplikowaną i nie nadaje się do badań ambulatoryjnych. Również metoda odmy brzusznej, przy której wprowadzony gaz możemy kontrolować promieniami Roentgena, oddaje cenne usługi, o ile jest należycie zastosowaną.

W dyskusji nad punktem 2 (rak macicy) zabiera głos kol. Rychliński, który twierdzi, że brak nam dotychczas niezawodnej metody leczenia raka macicy. Rozszerzona operacja śp. Wertheima nie zawsze da się zastosować, a zastosowana daje dość duży odsetek śmiertelności i nie opanowuje możności tworzenia się przerzutów czy nawrotów nawet w przypadkach początkowych raka. O ile jednak przy dzisiejszym stanie nauki w początkowych stadjach choroby wskazaną jest operacja, to w przypadkach, w których się stwierdza rozleglejszy naciek nowotworowy w tkance międzyblaszkowej więzadeł szerokich, operacja jest mało celową, i tu trzeba dążyć za wzorem Ameryki, Anglji, Francji i t. d. do leczenia raka macicy energją promienistą. Kilka przypadków, przedstawionych przez kol. Zubrzyckiego, nadawało się właśnie do leczenia radem.

Kol. Szancenbach oświadcza, że Krakowski Zakład leczenia radem oddaje do dyspozycji klinik bromek radu.

Kol. Wachtel zaznacza, że są pewne dane z klinik (Döderleina i innych), świadczące, iż metoda operacyjna i metoda stosowania radu mają swoją wartość prawie równoznaczną w przypadkach, które się wogóle do operacji nadają, pozostają zaś przypadki nie nadające się do operacji, które można jeszcze naświetlać i życie przedłużyć, nieraz do 5 lat. Nowotwory wogóle są różnie czułe na promienie radu i trudno nieraz tę czułość oznaczyć. Dlatego zaczyna się leczenie ostrożnie i obserwuje. Wniosek: jeżeli przypadek nadaje się do opera ji, to operować, jeżeli zaś nie, to należy stosować leczenie radem.

W odpowiedzi kol. Zubrzycki przytacza dane statystyczne odnoszące się do leczenia radem i leczenia operacyjnego, twierdząc, że przypadki nadające się do operacji (a tu ważny jest bardzo zakres techniki operacyjnej danego operatora), należy operować ze względu na to, że leczenie radem nie dosięga ewentualnych przerzutów w gruczołach chłonnych, a to, jak również przejście sprawy nowotworowej na pęcherz i parametrium nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego, chyba, że naciek nowotworowy dotyka kości. Więc tylko przypadki nie nadające się do zabiegu operacyjnego należy leczyć radem.

W dyskusji nad punktem 3. (przedmuchiwanie trąbek) zabiera dwukrotnie głos kol. Woyciechowski, starając się wykazać, że nie może być ona tak niewinną, jak to prelegent przedstawia. Mimo zachowania ostrożności (badania bakterjologiczne wstępne) i mimo najstaranniejszego badania co do stanu przydatków może się zdarzyć przeoczenie pozostałości stanu zapalnego w trąbce drożnej, a wówczas wyrzuci prąd powietrza materjał zakaźny do jamy brzusznej, co pociągnie za sobą groźne następstwa. Obowiązkiem i zasługą kierowników klinik i oddziałów szpitalnych jest przerobienie każdej nowej metody. Dr. W.